Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 46. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

O. Bollinger, München. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. M. v. Schleiss, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 18. 2. Mai 1893. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 46. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. 40. Jahrgang.

Originalien.

Aus der chirurgisch-orthopädischen Privatklinik des Privat-Docenten Dr. A. Hoffa in Würzburg.

Weitere Mittheilungen über die operative Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkungen.[1])

Von Dr. *Albert Hoffa*, Privatdocent der Chirurgie in Würzburg.

Meine Herren! Vor 3 Jahren hatte ich die Ehre Ihnen Mittheilung zu machen von einem neuen operativen Verfahren, das ich, auf den pathologisch-anatomischen Verhältnissen fussend, zur Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung ersonnen und in mehreren Fällen ausgeführt hatte. Ich erlaubte mir damals Ihnen einige operirte Kinder zu zeigen; allein die Operationen waren bei denselben erst zu kurze Zeit ausgeführt, und konnte sich die geehrte Gesellschaft deshalb noch kein definitives Urtheil über den Werth der Operation bilden.

Ich habe nun seit jener Zeit ständig an der weiteren Ausbildung der Methode gearbeitet, habe bisher 26 Operationen ohne weiteren Todesfall ausgeführt und erlaube mir nun Ihnen heute die weiteren Erfahrungen mitzutheilen, die ich über die Operation selbst und ihre Erfolge gewonnen habe.

Es ist Ihnen wohl noch erinnerlich, dass das Wesen der von mir vorgeschlagenen Operation in der blutigen Reposition des verrenkten Schenkelkopfes in die neugebildete, resp. vertiefte alte Pfanne besteht.

Ich hatte erkannt, dass das Hinderniss der Reposition wesentlich in der Verkürzung der Weichtheile gelegen ist, welche vom Becken aus an den Oberschenkel, resp. Unterschenkel ziehen. Dadurch, dass der verrenkte Schenkelkopf dauernd dem Darmbeinkamme genähert steht, müssen alle diejenigen Muskeln, deren Ursprungs- und Ansatzstellen dadurch einander genähert werden, einer nutritiven Schrumpfung verfallen. Im gleichen Sinne wie die Verkürzung der Muskeln tritt natürlich auch eine Verkürzung der übrigen Weichtheile, namentlich der Fascien und Bänder ein, und diese geschrumpften Weichtheile verhüten das Herabziehen des Kopfes in das Niveau der alten Pfanne. Schaltet man ihre Wirkung aus, so ist der Kopf in jedem Falle reponirbar. Die Weichtheilverkürzung nimmt mit dem Alter der Patienten zu. Schon bei dreijährigen Kindern fand ich sie ausgesprochen vorhanden. Je älter die Kinder werden, um so mehr ist ein energisches Vorgehen gegen die Weichtheilverkürzung geboten, derart, dass man schon bei Kindern von 5—6 Jahren des öftern zur Durchschneidung der hindernden Weichtheile gezwungen ist. Jedenfalls ist diese durchaus nothwendig bei Patienten in höheren Lebensjahren.

Ich hatte früher die Ansicht, dass in Folge der stetig zunehmenden Weichtheilverkürzung mein Operationsverfahren an ein bestimmtes Alter gebunden sei und hatte gerathen über 10 Jahre alte Kinder nicht mehr zu operiren. Auch heute empfiehlt sich dies noch. Je eher die Operation ausgeführt wird, um so leichter ist sie. Man kann aber die Operation, wie ich jetzt gelernt habe, ausnahmsweise auch einmal bei älteren Patienten vornehmen, nur ist bei diesen eben eine ausgedehnte Durchschneidung der verkürzten Weichtheile nothwendig. In welcher Weise dies zu geschehen hat, will ich gleich erörtern.

Vorher muss ich noch auf die Hindernisse eingehen, die der Reposition von Seiten des Skelettes bereitet werden.

Da haben wir vor allem des Verhaltens der Gelenkpfanne zu gedenken. Es herrschen über dies Verhalten der Pfanne bei angeborenen Hüftgelenksverrenkungen wohl nicht ganz richtige Anschauungen, denn die Ansicht, dass die Pfanne in der Mehrzahl der Fälle nicht vorhanden sei, ist irrig. Bei den 26 Operationen, die ich seither ausgeführt habe, habe ich die Pfanne jedesmal gefunden. Ebenso wurde sie, wenn auch mangelhaft entwickelt, von den anderen Collegen gefunden, die meine Operation nachgemacht haben. Um nun bessere Anhaltspunkte über das Verhalten der Pfanne zu gewinnen, habe ich im Verein mit meinem Schüler Dr. Valette aus Genf sämmtliche bisher in der Literatur beschriebenen Präparate von angeborenen Hüftgelenksverrenkungen analysirt. Wir konnten insgesammt 111 Präparate verwerthen. 104 mal war die Pfanne vorhanden; nur 7 mal fehlte sie oder war sie nur angedeutet Dabei ist noch zu bemerken, dass der Defect der Pfanne fast ausnahmslos bei erwachsenen Patienten constatirt wurde. Möglicherweise war im kindlichen Alter kein völliger Defect da, und entwickelte sich derselbe erst im Laufe der Jahre. Sicher finden wir eine wenn auch flache Pfanne in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, und wenn sie nicht vorhanden sein sollte, kann sie sicher ohne zu grosse Mühe an der annähernd normalen Stelle gebildet werden.

Wie wir sie finden, ist die Pfanne unbrauchbar zur Retention des Kopfes. Ich habe mich in einigen Fällen verleiten lassen, weil der Kopf mit einem hörbaren Ruck einschnappte, von der Vertiefung der Pfanne abzusehen. In diesen Fällen erlebte ich einen theilweisen Misserfolg, indem der Kopf zu weit nach vorn und oben rutschte, um sich hier unterhalb des Darmbeinstachels einzustellen. Um den Kopf sicher zu fixiren, ist die Neubildung der Pfanne, d. h. die Vertiefung der alten Pfanne unbedingt nothwendig, und dabei muss man besonders darauf achten, dass der Rand der neugebildeten Pfanne ein recht scharfer bleibt. Es ist dies verhältnissmässig leicht zu erreichen, wenn man zur Neubildung der Pfanne einen bayonettförmig abgebogenen scharfen Löffel benutzt[2]). Ich erlaube mir, Ihnen die von mir benutzten Instrumente zur Ansicht herumzureichen.

Noch ein anderer Punkt interessirt uns bei der künstlichen

[1]) Vortrag mit Demonstration operirter Fälle, gehalten am I. Sitzungstage des XXII. deutschen Chirurgen-Congresses am 13. April 1893.

[2]) Die Löffel werden von den Instrumentenmachern Stöber in Würzburg und Schmidt in Berlin, Ziegelstrasse, gefertigt.

Vertiefung der Pfanne. Unser verehrter Herr Vorsitzender hat die Vermuthung ausgesprochen, dass an dem betreffenden Theil, wo die Pfanne neugebildet werden soll, das Becken vielleicht nicht die gehörige Dicke besitzt. Auch von anderer Seite bin ich diesbezüglich interpellirt worden. Ich kann nun hierüber nach meinen Erfahrungen versichern, dass dieser Einwand nicht stichhaltig ist. Ich habe niemals die geringste Schwierigkeit gefunden, die Pfanne hinreichend zu vertiefen, und einige der hier anwesenden Collegen, die mir bei den Operationen assistirten, können bezeugen, dass ich in der Pfannenvertiefung lieber zu viel als zu wenig thue. Ich bin nun aber auch im Stande Ihnen einige Präparate vorzulegen, die Ihnen beweisen, dass bei der angeborenen Hüftgelenksverrenkung die Gegend der alten Pfanne geradezu die dickste Partie am ganzen Becken ist. Wollen Sie die Güte haben, die herumgereichten Präparate anzusehen, so werden Sie sich von der Wahrheit des Gesagten überzeugen und sofort die Möglichkeit einsehen, dass die Pfanne genügend vertieft werden kann.

Wir hätten nun weiter zu untersuchen, ob uns von Seiten des Schenkelkopfes und Schenkelhalses Repositionsschwierigkeiten entstehen können. Auch dies muss im Allgemeinen verneint werden.

Ich habe unter meinen Fällen nur einen einzigen gefunden, in dem eigentlich nur Rudimente eines Schenkelkopfes und Schenkelhalses vorhanden waren. Statt des Kopfes sass eine fast viereckig gestaltete Knochenmasse dem Oberschenkelschafte direct auf. Aber auch in diesem Falle hatte ich keine Schwierigkeit, diese Knochenmasse in die neugebildete und der Masse möglichst adaptirte neue Pfanne einzustellen, und das Resultat ist ein ganz gutes geworden.

Selbstverständlich habe ich in allen anderen Fällen die bekannten Veränderungen am Schenkelkopf und -Hals gefunden. Das muss ich einer Bemerkung Schüssler's gegenüber hervorheben. Diese Veränderungen hindern aber nicht die Reposition. Schwierigkeiten können nur nach zweierlei Richtung entstehen.

Einmal kommt es vor, dass der Schenkelhalswinkel ein sehr grosser ist, so dass der Schenkelkopf ganz stumpfwinklig abgeht. In diesem Falle muss man mit der Weichtheildurchschneidung recht energisch verfahren, um den Kopf genügend tief herabziehen zu können.

Ferner könnte man noch durch einen anderen Umstand Anfangs in Verlegenheit gesetzt werden. Wie Schede und Lorenz, so habe nämlich auch ich in 2 Fällen eine eigenthümliche Verbiegung des Schenkelkopfes und -Halses in einer horizontalen Ebene nach vorne beobachtet. Reponirt man in einem solchen Falle nach der Vertiefung der Pfanne den Kopf und stellt die Patella nach vorn, so zeigt der Kopf die grösste Neigung die Pfanne nach vorn zu verlassen. Man muss in solchem Falle das Bein nach der Operation zunächst in mässiger Einwärtsrotation fixiren und erst nach einigen Wochen in die Normalstellung übergehen. Störungen für die spätere Function gehen aus diesem Verhältniss nicht hervor.

Was die Technik der Operation selbst betrifft, so empfehle ich Ihnen dieselbe folgendermaassen auszuführen.

Mit dem Langenbeck'schen Schnitt wird das Gelenk eröffnet und der Schenkelkopf aus der Wunde herausgehebelt. Ist das Lig. teres vorhanden, so wird es exstirpirt. Dann werden die Weichtheile vorsichtig und möglichst subperiostal vom Trochanter major abgelöst. Dieses Freilegen schadet der Ernährung des oberen Femurendes nicht. Ich habe niemals eine Nekrose des Schenkelkopfes erlebt; namentlich bei aseptischer Operation hat man gar nichts zu fürchten. Bei Kindern in den ersten Lebensjahren genügt die subperiostale Freilegung des Trochanter major in der Regel. um den Kopf in das Niveau der Pfanne herunterzuziehen. Ist dies möglich, so wird jetzt die Pfanne mit dem Bayonettlöffel ausgelöffelt. Dabei giebt man Obacht, dass die Ränder der neugebildeten Pfanne möglichst scharfrandig werden. Bei einiger Uebung ist dies leicht zu erreichen. Ist die Pfanne tief genug, so wird der Schenkelkopf reponirt, was mit hörbarem Ruck geschieht. Dann wird der überschüssige Theil der Kapsel exstirpirt und die Wunde entweder austamponirt oder vollständig in Etagen geschlossen. Ich ziehe das Austamponiren vor, entferne den Tampon nach 8 Tagen und lasse die Wunde dann einfach vernarben.

Hat man es mit älteren Individuen zu thun, so empfiehlt es sich, vor der Operation in der Narkose kräftig an dem Gliede zu extendiren. Man probirt, den Schenkelkopf möglichst herunterzuziehen. Leisten die Weichtheile starken Widerstand, so vollzieht man schon vor der Eröffnung des Gelenkes ihre Durchschneidung und zwar müssen, ein etwa 10jähriges Kind angenommen, subcutan durchtrennt werden: erstens die Weichtheile auf der vorderen äusseren Seite des Gelenkes, — zu dem Zweck sticht man ein Tenotom unterhalb der Spina ilei anterior superior ein und durchschneidet von aussen nach innen die sich spannenden Stränge; zweitens die Adductoren, diese durchschneidet man subcutan von der inneren Seite des Oberschenkels aus dicht an ihren Ansatzstellen, und drittens die langen Muskeln an der hinteren Seite des Oberschenkels. Hier macht man entweder die Tenotomie oberhalb der Kniekehle, oder aber man kann auch ganz zweckmässig die Muskelansätze am Tuber ischii ablösen, wie es Lorenz empfohlen hat. Durch diese Weichtheildurchschneidungen mobilisirt man sicher den Kopf, und nun macht man die eigentliche Operation in der vorherbeschriebenen Weise.

Nach der Operation fixirt man die Kinder je nach Belieben entweder in einem Gips- oder einem Extensionsverband oder einem Stehbett.

Nach beendigter Wundheilung, durchschnittlich also nach 3—4 Wochen, beginne ich mit der Massage des Beines und der operirten Hüfte und mache vorsichtige passive Bewegungen mit dem Bein. Nach 5 Wochen stehen die Kinder auf und gehen in einem Apparat umher, der die Bewegung des Hüftgelenkes gestattet, ein Herausrutschen des Kopfes aus der Pfanne aber unmöglich macht. Diesen Apparat tragen die Kinder so lange, bis sich das neue Gelenk völlig consolidirt hat; das variirt zwischen einigen Wochen und mehreren Monaten, je nach dem Alter des Patienten.

Hauptsächlich, meine Herren, werden Sie nun gewiss über die Resultate der besprochenen Operation orientirt sein wollen.

Wenn wir uns zu der Betrachtung dieser Resultate jetzt wenden wollen, so müssen wir uns erst einmal die Frage vorlegen, was wir mit der Operation erreichen wollen. Diese Frage ist leicht beantwortet. Wir erstreben durch die Operation die Beseitigung des entstellenden Hinkens und der Lordose bei einseitiger, die Beseitigung des watschelnden Ganges und der Lordose bei doppelseitiger Luxation.

Um Ihnen zu zeigen, was die Operation bei doppelseitiger Luxation leistet, habe ich Ihnen die kleine Patientin wieder mitgebracht, die ich Ihnen schon einmal, jetzt also vor 3 Jahren, vorgestellt hatte. Meine damals ausgesprochene Hoffnung, dass sich das derzeit gezeigte gute Resultat erhalten würde, hat sich bestätigt. Das werden Sie mir wohl hoffentlich zugeben, wenn Sie die Kleine jetzt ansehen und beim Gange beobachten. Sie sehen, dass die entstellende Lordose vollständig verschwunden und dass auch der watschelnde Gang nahezu vollständig beseitigt ist. Die Kleine ist dabei so gesund und mobil, wie jedes andere gleichalterige Kind, sie springt und läuft den ganzen Tag ohne zu ermüden, und wenn Sie die Gelenke untersuchen, so finden Sie, dass die Beweglichkeit derselben eine ausgezeichnete ist. Ich glaube also die Ansicht aussprechen zu dürfen, dass das erreichte Resultat ein in jeder Beziehung zufriedenstellendes ist.

Zur Demonstration der Resultate, die bei einseitiger Luxation zu erreichen sind, habe ich Ihnen auch 2 Kinder mitgebracht. Um die hier erreichten Erfolge richtig beurtheilen zu können, müssen wir uns klar machen, dass wir durch die Operation die Verkürzung der Extremität nicht völlig beseitigen können, denn die Knochen des luxirten Gliedes sind durch die Erkrankung selbst kürzer geworden als die des gesunden Gliedes. Namentlich kommt hier der Mangel eines Schenkelhalses in Betracht und resultirt schon dadurch eine Verkürzung von einigen Centimetern. Da nun eine, wenn auch geringe Verkürzung des Gliedes nach der Operation bestehen

bleibt, so lässt sich das Hinken durch die Operation nicht völlig beseitigen. Das restirende Hinken ist aber doch nicht das entstellende, wie es die Luxation selbst charakterisirt, und es lässt sich durch Erhöhung der Sohle leicht ausgleichen. Die Lordose verschwindet dagegen völlig, und lässt, wie an diesen kleinen Patienten, die ich, als sie 5 und $1^1/_4$ Jahre alt waren, d. h. jetzt gerade vor 3 und vor 1 Jahr, operirt habe, auch der Gang nichts zu wünschen übrig. Namentlich bei dem älteren, jetzt 8 Jahre alten Kind sehen Sie nur noch eine Andeutung eines hinkenden Ganges. Wenn Sie sich nun noch die Mühe geben, die Kinder zu untersuchen, so werden Sie finden, dass die Gelenke völlig fest und in ihren Bewegungen kaum beschränkt sind. Wie in den 3 vorgestellten Fällen haben sich nun die Resultate gleich günstig in allen den Fällen gestaltet, die ich nach der oben beschriebenen Methode operirt habe.

Ich darf wohl noch erwähnen, dass auch schon von anderer Seite günstige Erfahrungen über die vorgetragene Operation vorliegen. Vor Allem muss ich da die Erfolge des Collegen Lorenz in Wien hervorheben, denn wenn Lorenz auch auf anderem Wege an das Gelenk herangeht — bekanntlich eröffnet er dasselbe von der vorderen Seite her — so bleibt doch das Ziel der Operation, d. h. die Reposition des Kopfes nach Beseitigung der Weichtheilwiderstände in die vertiefte Pfanne dasselbe.

Man könnte daher wohl von einer Lorenz'schen Modification meiner Operationsmethode sprechen, ungerechtfertigt ist dagegen die Aufstellung einer eigenen Lorenz'schen Operation. Ich muss das — sicher wohl im Einverständniss mit Lorenz selbst — entschieden betonen, denn es geht die Trennung schon so weit, dass z. B. ein französischer Chirurg Lejars auf dem letzten französischen Chirurgencongress schon die Methode von Hoffa (Durchschneidung der pelvitrochanteren Muskeln) und die Methode von Lorenz (Durchschneidung der langen Oberschenkelmuskeln) einander gegenüberstellte. Nun muss ich, wie ich dies auch schon im Centralblatt für Chirurgie hervorgehoben hatte, noch einmal darauf hinweisen, dass ich den Widerstand, welcher der Reposition des Schenkelkopfes von Seiten der langen Oberschenkelmuskeln entgegengesetzt wird, schon in meinen ersten Publicationen ausdrücklich erwähnt und dass ich in diesen mitgetheilt habe, dass ich die Tenotomie dieser Muskeln mache, sobald sie durch ihre zu starke Spannung das Herunterziehen des Schenkelkopfes verhindern. Den Ausdruck „pelvitrochantere“ Muskeln habe ich überhaupt in keiner meiner Arbeiten auch nur gebraucht; derselbe stammt erst von Lorenz.

Das Vorgehen von Lorenz unterscheidet sich im Wesentlichen nur dadurch von dem meinigen, dass er das Gelenk von der vorderen Seite her angreift. Ob dies aber ein Vortheil ist, möchte ich noch in Frage stellen. Jedenfalls ist bei meinem Verfahren die Pfanne leichter zugänglich; so schreibt mir denn auch Lorenz selbst, dass mein Verfahren dem seinigen wohl überlegen sei, wenn man die Operation an älteren Patienten ausführt.

Ausser Lorenz haben ferner noch Schede, Karewski, und Tillmanns in Deutschland, Studsgard in Kopenhagen, Reverdin in Genf, sowie Denucé in Bordeaux, Kirmisson und Bilhaut in Paris die Operation erfolgreich ausgeführt.

Ich hoffe, meine Herren, dass Sie die gezeigten Resultate anerkennen und mir beistimmen, dass sie die denkbar besten sind, die überhaupt bei dieser, sonst allen Behandlungsmethoden trotzenden Deformität erreicht werden können.

Die bei meiner Operation gewonnenen Erfahrungen haben mir auch die Erklärung gegeben, warum wir auf dem unblutigen, orthopädischen Wege keine guten Resultate erhalten können. Die Schuld an diesen Misserfolgen trägt offenbar grösstentheils das Lig. teres. Denn in allen den Fällen, in denen es vorhanden ist, ist es bedeutend hypertrophirt und stellt ein langes, breites Band dar. Gelingt es uns nun auch den verrenkten Schenkelkopf durch einen orthopädischen Apparat oder durch die Extensionsbehandlung bis in das Niveau der alten Pfanne herabzuziehen, so kann sich der Schenkelkopf doch hier kein richtiges neues Gelenk bilden, weil sich das Lig. teres zwischen ihn und das Becken einklemmen wird und weil dadurch der zur Bildung einer Nearthrose unbedingt nothwendige directe Contact der Gelenkenden verhindert wird. Aus diesem Grunde können wir auch nicht recht an die Erfolge der Paci'schen forcirten Redressionsmethode glauben. Paci kann meiner Ansicht nach wirklich brauchbare Resultate nur in den Fällen erzielen, in denen das Lig. teres fehlt.

Ueber die Behandlung von Magengeschwüren und einigen von diesen ausgehenden Reizerscheinungen und Blutungen.[1])

Von Prof. Dr. *Wilhelm Fleiner* in Heidelberg.

Der Magenschmerz, der in seinen höchsten Intensitätsgraden auch als Magenkrampf bezeichnet wird, ist zurückzuführen auf krampfhaften Verschluss der Magenostien, auf Ueberdehnung des Magens und auf Reizung freigelegter Nerven durch den Mageninhalt bei Substanzverlusten in der Magenwand.

Beim Krampfe der Cardia ist der Sitz des lebhaftesten Schmerzes in der Herzgrube hinter dem Schwertfortsatze des Brustbeins. Weil dieser Schmerz oft plötzlich und unerwartet und oft auch ohne nachweisbare Ursache auftritt, wird er gewöhnlich für nervös gehalten. Häufig ist er indessen auf rein mechanische Ursachen zurückzuführen. So schliessen sich die Magenostien fest und krampfhaft bei Ueberdehnung des Magens durch Speisen oder durch Gase (v. Swieten). Ausserdem fangen sich sehr häufig verschluckte, aber mechanisch reizende Speisetheile (Brodkrusten, Bratenrinden) oder vom Magen aufstossende Gase und saure Massen in einer als Antrum cardiacum bezeichneten, theils über dem Zwerchfell, theils unter diesem gelegenen, oben und unten durch engere Stellen abgegrenzten Aussackung des Oesophagus und werden daselbst incarcerirt. Ist der Oesophagus in die Länge gezogen, gedehnt (Valsalva, Morgagni, J. P. Frank), wie bei den meisten erweiterten, atonischen und herabgesunkenen oder tiefstehenden Mägen, so ist die Eructation erschwert.

Zu übermässiger Ausdehnung des Magens kommt es nicht nur nach überreichlichen, sondern sehr häufig auch schon nach einfachen Mahlzeiten bei Leuten mit den genannten Zuständen, ferner bei chlorotischen, anämischen und nervösen Individuen und bei sitzender Lebensweise. Manchmal ist Mangel an Salzsäure, manchmal ein Ueberschuss derselben (Kohlehydratgährung) mit im Spiele; manchmal sind es auch nur bestimmte Speisen, deren Genuss bei vielen Individuen mit einer gewissen Regelmässigkeit eine Auftreibung des Magens rasch herbeiführt.

Pyloruskrampf kann ebenso wie der Verschluss der Cardia eine Folge starker Magenausdehnung sein, häufiger allerdings ist er die Ursache einer solchen.

Bei gesteigerter Reizbarkeit des katarrhalisch afficirten Pylorustheiles (irritative Form des Magenkatarrhs) entsteht reflectorisch sehr häufig eine spastische Contractur des Sphincter Pylori. Ist dieser hypertrophirt, wie so oft bei chronischen Entzündungsprocessen des Magens, so stagnirt vor der gutartigen Stenose der Mageninhalt und ruft durch die gesteigerte Reizwirkung von Seiten des letzteren nicht selten einen Spasmus pylori und vollkommenen Pylorusverschluss hervor.

Das klinische Bild des Pylorusverschlusses differirt vom pathologischen Befunde, indem bei Nekropsieen solcher Fälle der Pylorusring häufig wieder ziemlich weit durchgängig gefunden wird, vermuthlich weil beim Tode der Pyloruskrampf sich gelöst hatte.

Aehnlich wie der Spasmus ani bei Schleimhautfissuren so entsteht auch der Spasmus pylori reflectorisch bei Geschwüren am Pylorus oder in der Nähe desselben. Diese Zustände haben Herr Prof. Kussmaul und ich kürzlich bei 2 unserer Patienten direct beobachten können.

Es handelte sich um 2 Patientinnen von 42 und 39 Jahren mit Magengeschwüren und Magenerweiterung, hochgradiger Abmagerung und Anämie. Bei beiden war entsprechend dem

[1]) Autoreferat nach einem auf dem XII. Congress für innere Medicin gehaltenen Vortrage: „Ueber die Behandlung einiger Reizerscheinungen und Blutungen des Magens.“

Pylorus ein derber Tumor zu fühlen, bei beiden traten wiederholt parenchymatöse Magenblutungen auf und es fanden sich kaffeesatzähnliche Massen im Erbrochenen oder im Spülwasser, so dass man wohl an carcinomatöse Stenose des Pylorus denken konnte. Auf Grund einer längeren Beobachtung und eines wiederholten Salzsäurenachweises im Mageninhalte haben wir aber eine gutartige Stenose des Pylorus diagnosticirt und, weil der Magen zeitweise seinen Inhalt nach dem Darme vollkommen austreiben konnte, zeitweise aber Pylorusverschluss bestand, angenommen, dass der letztere auf einer spastischen Contractur des Pylorus beruhen müsse.

Als Herr Prof. Czerny die Pyloroplastik nach Heineke-Mikulicz vornahm, hatten wir in beiden Fällen Gelegenheit, die Diagnose vollauf bestätigt zu sehen. In beiden Fällen war der Pylorus hypertrophirt aber durchgängig; im ersten Falle bestand eine bis auf das Perigastrium gehende strahlige Narbe, welche den Pylorus etwas verzogen hatte, im zweiten Falle ein grosses Geschwür an der kleinen Curvatur, nicht bis an den Pylorus heranreichend.

Der erste Fall ist nach der Operation, die Ende October vorgenommen wurde, vollkommen geheilt und hat sich die Patientin sogar kürzlich verheirathet. Beim zweiten Falle ist das Geschwür an der kleinen Curvatur zwar bestehen geblieben, aber seitdem der Pylorus weit offen ist, hat die Patientin absolut keine Beschwerden mehr, verträgt sehr gut ihre Nahrung, ist arbeitsfähig, hat auch erheblich an Gewicht zugenommen. Trotz des noch erweiterten Magens gebraucht sie auch keine Magenausspülungen mehr, weil der Pylorus weit durchgängig ist.

Fast alle gegen den Magenschmerz und Magenkrampf gebräuchlichen Mittel haben den Zweck, durch Oeffnung des Pylorus und Steigerung der Peristaltik, die Entleerung des Magens nach dem Darme zu erleichtern; so die seit Alters her in Gebrauch stehenden Abgüsse der verschiedensten Droguen, das Trinken von warmem Wasser, und das Natrium sulfuricum (v. Ziemssen). Auf eine solche Wirkung ist wohl auch der übliche Genuss schwarzen Kaffees oder eines Cognacs nach reichlichen Mahlzeiten zurückzuführen.

Ganz anders wirken die bei Cardialgie so häufig gebrauchten narkotischen Mittel, vor allem die Morphiuminjectionen. Der Erfolg ist zwar rasch und sicher, aber auch rasch vorübergehend. Der Schmerz verschwindet, der Krampf löst sich — aber der ganze Magen erschlafft. Nach dem Erlöschen der Morphiumwirkung beginnt dann der erschlaffte Magen seine Arbeit unter ungünstigeren Bedingungen, als wo er sie abgebrochen hat. Deshalb ist ein wiederholter oder allgemeinerer Gebrauch des Morphium bei Cardialgie zu widerrathen und nur bei unheilbaren Zuständen zu empfehlen.

Heftige Schmerzen und Schmerzanfälle treten bei hämorrhagischen Erosionen, bei runden und carcinomatösen Magengeschwüren, auch bei Verätzungen des Magens mit caustischen Giften auf und sind als Reizerscheinungen aufzufassen, herrührend von der Einwirkung des sauren, ätzenden, wohl auch mechanisch reizenden Mageninhaltes auf freiliegende Nervenendigungen und Nervenäste.

Bei vielen Fällen hören die Schmerzen auf, wenn der Magen durch die auf dem physiologischen Wege der Chymusaustreibung oder auf dem pathologischen Wege des Erbrechens, schliesslich auch auf dem therapeutischen Wege der Ausspülung entleert worden ist. Sie beginnen aber wieder nach der Speisezufuhr und steigern sich mit dem Fortschreiten der Verdauung.

Bei anderen Fällen wird aber der Magen nicht ganz leer, weil in Nischen und Buchten von Geschwüren und Narben Speiseüberreste in mehr oder weniger zersetztem Zustande liegen bleiben und die Reizerscheinungen unterhalten.

Bei wieder anderen Fällen secernirt auch der leere Magen einen sauren und ätzenden Magensaft.

Durch eine mechanisch diätetische Behandlungsmethode, Alkalien, auch durch Hungern und die Ernährung per clysma erzielt man zwar beachtenswerthe Erfolge und Besserungen, manchmal auch Heilungen, wenn diese nach der Natur des Leidens überhaupt möglich sind.

Immerhin bleiben aber noch Fälle genug übrig, welche dieser Therapie trotzen und bei welchen die Beschwerden und functionellen Störungen andauern. Narkotische Mittel täuschen zwar den Kranken und den Arzt vorübergehend über die Sachlage hinweg, dem fortschreitenden Kräfteverfall vermögen sie aber nicht Einhalt zu thun, ebensowenig die Nährklystiere.

Wenn wir nun ein Mittel hätten, die wunde und reizbare Stelle im Magen vor Insulten zu schützen, sie zu trennen von der Berührung mit dem reizenden Mageninhalte, sie vom Verdauungsacte auf beliebig lange Zeit auszuschalten, wäre es da nicht möglich, die Beschwerden zum Schwinden zu bringen und eine Wundheilung zu erzielen?

Von solchen Erwägungen ausgehend ist Kussmaul auf die Idee gekommen, mit Hülfe der Magensonde Bismuth. subnitric. dergestalt in den leeren Magen zu bringen, dass dort geschwürige Flächen und andere zu Reizerscheinungen Anlass gebende Krankheitsherde mit einer Schutzdecke von Wismuth überlagert würden.

Die Anwendung des Wismuths bei allen möglichen Magenaffectionen ist bekanntlich alt, die Wirkung aber unsicher und deshalb vielbewundert, vielgescholten. Die unsichere Wirkung liegt nicht am Mittel, sondern nur in der Art der Anwendung und Dosirung. Bei kleinen Dosen, die überdies noch häufig in Oblaten gehüllt, verabreicht werden, bleibt es dem Zufall überlassen, wo das Wismuth im Magen deponirt wird und der Magenwand anhaftend eine Wirkung entfaltet oder nicht.

Da das in den Magen gebrachte Wismuth, ohne auf den Körper eine physiologische Wirkung zu haben, durch den Darm ohne jegliche Einbusse wieder ausgeschieden zu werden pflegt, so kann man ohne Bedenken grosse Gaben von Wismuth in den Magen bringen und solche sind zu einer mechanischen Wirkung, wie wir sie haben wollen, nothwendig. Ferner ist zur Erzielung der gewünschten Wirkung noch erforderlich, dass das Wismuth auch an die erkrankte Stelle im Magen gebracht wird.

Vermöge seiner Schwere fällt das Wismuth aus einer wässerigen Suspension rasch und vollständig aus. Kennt man nun den Sitz eines Geschwüres im Magen, so kann dieses von einer Wismuthlage ganz überdeckt werden, wenn man den Patienten sofort nach dem Eingiessen einer Wismuthsuspension so lagert, dass das Geschwür die tiefste Stelle im Magen einnimmt.

Auf Kussmaul's Rath übte ich die Wismuthbehandlung folgendermaassen:

Während ich einem Kranken früh nüchtern den Magen ausspülte, liess ich von der Wärterin 10—20,0 Bism. subnitr. (1—2 Kaffeelöffel voll) mit 200 ccm lauwarmen Wassers gut umrühren und goss dann diese milchweisse Wismuthsuspension, sowie das letzte Spülwasser aus dem Magen klar abgeflossen war, durch den Magenschlauch in den Magen, spülte auch den Schlauch noch mit etwa 50 ccm Wasser nach; unmittelbar nachdem auch dieses in den Magen abgeflossen war, liess ich den Patienten mit dem zugequetschten Schlauche die geeignete Lagerung einnehmen und zwar die rechte Seitenlage, wenn das Geschwür in der Pars pylorica sass, die Rückenlage, eventuell mit erhöhtem Becken, wenn das Geschwür an der kleinen Curvatur vermuthet wurde. Unter Umständen könnte auch die linke Seitenlage, die Knieellenbogenlage oder aufrechtes Sitzen nach der Wismutheingiessung in Frage kommen.

Schon nach 5—10 Minuten hatte sich das Wismuth so vollständig niedergeschlagen, dass man das Suspensionswasser klar ablaufen und den Schlauch aus dem Magen herausnehmen konnte. Hatte man kein Bedenken, das Wasser im Magen zu belassen oder ertrugen die Patienten das Liegen des Schlauches nicht, so wurde der letztere sofort nach der Eingiessung herausgezogen.

Hatten die Patienten eine halbe Stunde die vorgeschriebene Lagerung eingehalten, so erhielten sie ihr Frühstück.

In dieser Weise wurden die Eingiessungen alltäglich, nach einigen Tagen aber nur noch einen um den anderen Tag oder alle 3 Tage wiederholt, je nachdem das erneute Auftreten von

Reizerscheinungen es verlangte. Ohne jeden Nachtheil für die Kranken konnte das Wismuth, so lange es nöthig erschien, fortgegeben werden. Vergiftungserscheinungen habe ich niemals beobachtet, trotzdem in einzelnen Fällen 300,0 und mehr Wismuth zur Verwendung kamen. Nur einmal hat vor einigen Jahren Kussmaul bei einem Patienten nach wochenlangem Wismuthgebrauch Stomatitis beobachtet.

Was nun die Wirkungen der Wismutheingiessungen anbelangt, so wurde der Magen durch die Bedeckung der reizbaren Geschwürsfläche mit einer Schutzdecke von Wismuth tolerant gegen seinen Inhalt. Damit änderte sich das Krankheitsbild wie mit einem Schlage.

Patienten mit alten und tiefgreifenden Geschwüren, welche von einfachen Magenausspülungen nur kurzdauernde Linderung hatten und die wegen ihrer Beschwerden sehr oft 2 mal des Tages ausgespült werden mussten oder in der Nacht von Schmerzen gequält selbst zur Sonde griffen und sich allein ausspülten, blieben schmerzfrei, konnten wieder essen und schlafen; erholten sich deswegen rasch und nahmen an Körpergewicht zu.

So gelang es, in den beiden erwähnten, für interne Behandlung unheilbaren Fällen, die Patientinnen so weit zu kräftigen, dass man ihnen die Operation und die ihr folgende Fastenzeit zumuthen konnte.

Einen Tag, häufig 2 Tage, seltener oft 3 Tage nach der Wismutheingiessung, traten die Beschwerden von Neuem auf, sie schwanden aber wieder, wenn die Wismutheingiessungen wiederholt wurden. Es muss also der Wismuthbelag auf der Geschwürsfläche einen Tag, 2 oder 3 Tage gehaftet und ihr Schutz vor den Insulten des Mageninhalts gewährt haben.

Ausser den sensiblen Reizerscheinungen sind aber durch die Wismuthbehandlung auch motorische und secretorische Reizerscheinungen gemildert und zeitweise unterdrückt worden.

An Stelle peristaltischer Unruhe trat in mehreren Fällen eine regelmässige und geordnete, auch ausgiebige Peristaltik, welche den Mageninhalt nach dem Darm auszutreiben vermochte.

Mehrmals gelang es, in den 2 erwähnten und durch Operation geheilten Fällen den von den Geschwüren aus reflectorisch hervorgerufenen und unterhaltenen spastischen Pylorusverschluss zu lösen und dadurch dem Darme genügende Nahrung zuzuführen.

In gleicher Weise wurde das Würgen, Aufstossen und Erbrechen durch Wismutheingiessungen unterdrückt, in Fällen, bei denen die Ausspülungen des Magens allein dies nicht vermochten.

Dagegen gelang es in einem Falle von Morbus Addisonii und in einem Falle von Enteritis membranacea mit Hypermotilität des Magens und Lienterie nicht, die Bewegungen des Magens und des Darmes zu verlangsamen. Es scheint also durch Wismuth nur der vom Magen selbst ausgehende Reiz gemildert werden zu können.

Die Salzsäureabscheidung bei Geschwüren wurde in einem Falle von 4 pro mille freier HCl allmählich auf 1 pro mille, in einem anderen von 3 pro mille auf 0,98 pro mille sogar nur bis auf Spuren freier Salzsäure herabgedrückt. Bei einem anderen Falle von tiefgreifendem Ulcus ohne Magenerweiterung aber mit intensiven, seit Jahren bestehenden Schmerzen und einer Hyperacidität von 2,9 pro mille wurde unter der Wismuthbehandlung die Verdauung normal und das Geschwür kam zur Ausheilung, wenigstens sind in den 8 seit der Entlassung verflossenen Monaten keine Beschwerden mehr aufgetreten.

Wieder andere Fälle von continuirlicher Saftsecretion wurden durch Wismutheingiessungen so günstig beeinflusst, dass es häufig gelang, den Magen früh nüchtern leer zu erhalten, die sonst continuirliche Saftsecretion also zeitweise ganz zu beseitigen.

Von grosser praktischer Bedeutung für die Ernährung war in allen bisher erwähnten Fällen von Hyperacidität und Hypersecretion der Umstand, dass nach den Wismutheingiessungen Amylaceen vom Magen sehr gut vertragen wurden. Durch Gasbildung (Aufstossen brennbarer Gase) und Pyrosis wurden die betreffenden Patienten während der Behandlung viel weniger geplagt, als dies sonst der Fall zu sein pflegte.

Vermuthlich hat dies seinen Grund darin, dass die in den Buchten und Nischen von Geschwüren und strahligen Narben selbst nach gründlichster Auswaschung sitzen bleibenden Gährungserreger von einer Wismuthlage zugedeckt und ausser Kampf gesetzt werden, weil sie an den gährungsfähigen Inhalt des Magens gar nicht herangelangen können. Ausserdem besitzt aber das Wismuth auch antiseptische Eigenschaften und Kocher ist der Meinung, dass bezüglich der antiseptischen und wundheilenden Wirkung das Bismuth. subnitric. dem Jodoform die Stange zu halten vermöchte.

Einigemale habe ich bei alten Magengeschwüren, einmal auch bei ulcerirtem Magencarcinom während der Magenausspülungen parenchymatöse Blutungen beobachtet: sei es, dass schon gleich beim Beginne der Magenausspülungen blutige Massen, die dem Aussehen entsprechend schon länger im Magen verweilt haben mussten, mit dem Spülwasser zu Tage gefördert wurden oder sei es, dass während der Ausspülungen durch Würgbewegungen oder auch spontan frische Blutungen mässigen Grades auftraten. Nach meinen Erfahrungen über die mechanischen Wirkungen der Wismutheingiessungen lag nichts näher, als auch bei solchen Fällen Wismuth anzuwenden. In der That habe ich wiederholt bei geringen oder mässigen Blutungen des Magens die vorzüglichsten Wirkungen vom Wismuthe gesehen.

Da nun die Anwendung der Magensonde bei frischen Magengeschwüren oder bald nach stattgehabten Magenblutungen mit Gefahr verbunden ist, so habe ich bei solchen Fällen eine Suspension von 10,0 Bismuth. subnitric. in 150—200,0 lauwarmem Wasser früh nüchtern trinken lassen und die Patienten angewiesen, hernach noch eine halbe Stunde in entsprechender Lage im Bette zu verharren. Patientinnen aus der Ambulanz der medicinischen Klinik des Herrn Prof. Erb habe ich diese Verordnung häufig gemacht und nach den Berichten derselben gute Resultate erzielt.

Des theuren Preises wegen liesse sich vielleicht das Wismuth mit Magnesia usta oder mit todtgebranntem Gipse mischen, der im Wasser nicht mehr fest wird. Doch besitze ich über die Brauchbarkeit solcher Mischungen noch keine ausreichende Erfahrung.

Schliesslich lassen sich die Indicationen für die Anwendung von grossen Wismuthgaben dahin zusammenfassen:

I. Eingiessungen von Wismuthsuspension mit der Sonde (10,0—20,0 Bism. subnitr. auf 200,0 Wasser) sind indicirt:

1) bei allen autochthonen sensiblen, motorischen und secretorischen Reizerscheinungen des Magens, die durch Ausspülungen allein nicht genügend gemildert werden können; so bei alten Magengeschwüren, bei ulcerirenden Carcinomen und bei hämorrhagischen Erosionen;

2) als specifisches Mittel bei Magengeschwüren überhaupt und bei Duodenalgeschwüren.

3) Diese Wismutheingiessungen sind Anfangs alltäglich, später einen über den anderen Tag oder alle 3 Tage zu gebrauchen und so lange fortzusetzen, als es nothwendig erscheint. Nach dem Gebrauche von 300—400 g habe ich keine Intoxicationserscheinungen beobachtet. Wo Verstopfung auftrat, konnte sie durch Oelklystiere leicht gehoben werden.

II. Wismuth in grossen Dosen: 10,0 Bism. subnitr. in einem Glase lauwarmen Wassers verrührt, früh nüchtern getrunken, ist zu empfehlen:

4) bei Magengeschwüren (und Duodenalgeschwüren), bei denen die Magensonde contraindicirt ist, und bei Magenblutungen.

5) Contraindicirt ist die Wismuthbehandlung bei Magenaffectionen mit stark verminderter Salzsäureabscheidung. Ausgenommen hiervon sind nur hämorrhagische Erosionen und ulcerirende Geschwülste.

Zur Behandlung des Klumpfusses.

Von Medicinalrath Dr. *Tuppert* in Wunsiedel.

Von der Zeit an, da sich Stromayer und Dieffenbach den unvergänglichen Ruhm erworben, die subcutane Tenotomie der Orthopädie dienstbar zu machen, brachte die medicinische Literatur so geistreiche Abhandlungen über Entstehung, Wesen und ärztliche Behandlung des Klumpfusses, dass man annehmen sollte, jedes weitere Wort über dieses Thema sei unnöthig. Der aufmerksame Beobachter wird jedoch finden, dass die Endergebnisse der Behandlung in früher oder späterer Zeit vielfach zu wünschen übrig lassen. In der Privatpraxis kommt die Klumpfussbehandlung selten mehr vor, dieselbe ist zu mühsam, langdauernd, wenig lucrativ und nach dem bisherigen Curverfahren auch hier nicht immer sehr erfreulich. Die Kinder in ein Krankenhaus zu bringen, ist den Eltern öfters unmöglich, da der Aufenthalt dort ein langer sein muss, so dass man auf dem flachen Lande Kindern und Erwachsenen begegnet, bei welchen gar kein Heilungsversuch gemacht worden ist.

Ich habe mich seit nahezu 40 Jahren gerne mit operativer Orthopädie beschäftigt, den Erfolg grossentheils noch nach Jahren controliren können und während dieser Zeit über 450 angeborene Klumpfüsse in Behandlung gehabt, so dass ich einige Berechtigung zu haben glaube, meine Behandlungsweise, wie sie sich allmählich entwickelt hat, bekannt zu geben, wobei mir speciell daran gelegen ist, dass meine Mittheilungen auch den Collegen in der Privatpraxis Anhalt bieten, Klumpfüsse mit Erfolg zu behandeln.

Die Einleitung zur orthopädischen Behandlung des Klumpfusses besteht in der subcutanen Trennung der verkürzten Muskeln. Die mechanische Dehnung eines verkürzten Muskels ist eine Unmöglichkeit, erst nach der Trennung dessen Sehne kann an die Geradestellung gegangen werden und diese von Erfolg sein. Nach meiner Erfahrung sind bei nahezu allen Fällen von einigermaassen hochgradigen angeborenen Klumpfüssen 3 Sehnenschnitte nothwendig, nämlich an der Achillessehne, der Aponeurosis plantaris und an dem Muscul. tibialis anticus. Auf die Wichtigkeit des letztgenannten Muskels wurde bisher wenig oder gar nicht hingewiesen, ich selbst aber wurde darauf aufmerksam, als mir einige Male Fälle von angeborenem Klumpfuss zur Behandlung kamen, bei welchen keine besondere Veränderung der Fussknochen statt hatte und ohne Verkürzung nur in Folge eines sogenannten habituellen Krampfes des Tibialis anticus die typische Klumpfussstellung erzeugt wurde. Dieser Krampf konnte durch manuelle Extension überwunden und damit dem Fusse die normale Stellung gegeben werden. Sofort nach dem Aufhören der manuellen Extension stellte sich die Klumpfussrichtung wieder ein. Die subcutane Trennung des Tibialis anticus beseitigte den Krampf und ein Gypsverband brachte in einigen Wochen Heilung. Hiedurch wurde ich veranlasst, bei jedem angeborenen Klumpfusse den Zustand dieses Muskels genau zu untersuchen, wobei sich ergab, dass bei allen hochgradigen Klumpfüssen der Musculus tibialis anticus verkürzt war, und dass bei Unterlassung der subcutanen Trennung desselben eine Neigung zur Einwärtskehrung des Fusses fortbestand.

Am leichtesten ist die Trennung der Achillessehne, 1 bis 2 cm ober deren Ansatze an das Fersenbein, auszuführen, auch die Trennung der verkürzten Aponeurosis plant. nahe vor dem Tuberculum calcaneum macht keine Schwierigkeit, wenn von einem Gehilfen zugleich mit Zurückbeugung der Zehen ein kräftiger Druck auf die Zehenballen ausgeübt und dadurch die Aponeurose angespannt wird. Schwieriger ist beim Tibialis anticus sowohl die Diagnose als die Operation, denn bei seiner Länge, Lage und seinem gewundenen Verlaufe zeigt sich bei passiver Streckung des Fusses keine solche straffe Spannung, wie sie sich bei anderen Muskeln zeigt. Die subcutane Trennung werde hier in folgender Weise vorgenommen: Bei fixirtem Oberschenkel lasse der Operateur den Unterschenkel in seiner linken Hohlhand liegen und drücke dabei mit seinem linken Daumen gelinde auf jene Stelle, an welcher sich die Sehne des Tibialis anticus von der äusseren Seite über den vorderen Tibiawinkel nach Innen schlägt. Ein Gehilfe mache schwache Züge an den Zehen, lasse immer wieder nach und kitzle dazwischen die Fusssohle, wobei das Kind kräftige Zuckungen mit Beugen des Füsschens machen wird, so zwar, dass sich die Sehne vorübergehend spannt und solche von dem aufliegenden Daumen gefühlt werden kann. Der Operateur halte das Tenotom in seiner rechten Hand zum Einstechen bereit, dringe in einem Momente der Sehnenspannung ein und trachte mit der Messerspitze unter der Sehne vorzudringen, so dass die letztere auf das Messer zu liegen kommt. Die bisher flach gehaltene Klinge werde nun so gehalten, dass die Schneide gegen die Cutis hin gerichtet ist. Während der Gehilfe den Fuss mit einiger Gewalt streckt und dabei etwas nach Innen rotirt, der Operateur aber seine Daumenspitze gegen die Sehne anstemmt, damit sie nicht seitlich ausweichen kann, wird die Sehne durch kurze Sägeschnitte getrennt. Das Auseinanderweichen der Sehnenenden fühlt der anliegende Daumen und wird dabei auch meistens ein gelindes Geräusch gehört.

Die vorgenannten Operationen nehme ich in folgender Reihenfolge vor: Die Sehne des Tibialis anticus operire ich als die am schwierigsten zu trennende zuerst, nach einigen Tagen die Aponeurosis plantar. und wieder einige Tage später die Achillessehne.

Manchmal ist ausser den angeführten 3 Sehnenschnitten der Grosszehenstrecker gesondert zu trennen. Wird die grosse Zehe kräftig nach oben gedrückt, so spannt sich die Sehne und ist sie in der Fusssohle leicht zu trennen. In seltenen Fällen ist auch der Musculus tibialis posticus so verkürzt, dass er die Geradestellung des Fusses hindert, das Berühren des Fussbodens mit dem innern Fussrande nicht zulässt, den Fuss immer in einer Supinationsstellung erhält und die Hauptursache zum recidivirenden Klumpfuss abgiebt. Der Sehnenschnitt ist hier wegen der sehr leicht möglichen Nebenverletzungen nicht wohl subcutan auszuführen. Es muss durch einen Längsschnitt hinter und ober dem innern Knöchel die Sehnenscheide blossgelegt und die Sehne auf einer untergeschobenen Hohlsonde durchschnitten werden, natürlich unter antiseptischen Cautelen.

Für überaus wichtig und entscheidend für den Erfolg halte ich die richtige Anlegung der Gypsverbände. Selbst auf die Gefahr hin, einer unnöthigen Weitschweifigkeit geziehen zu werden, kann ich deshalb nicht umhin, die von mir geübte Anlegung der Verbände in pedantisch genauer Weise zu beschreiben. Ich lasse das Füsschen auf festen, geglätteten, nicht zu dicken Pappdeckel in möglichst gestreckter Stellung andrücken, bezeichne die Contouren desselben mit einem Bleistifte und schneide die Zeichnung so aus dem Pappdeckel, dass sie genau auf die Fusssohle passt und nur die Zehenspitzen und die Ferse um 1 cm überragt. Das Füsschen werde mit einer dünnen Wattlage umgeben und mit einer 2-fingerbreiten Gypsbinde von den Zehen an bis oberhalb der Ferse umwickelt. Sodann wird die Pappdeckelsohle angelegt und mit einer zweiten Gypsbinde mit dem Füsschen verbunden. Ein Gehilfe ziehe dabei mit den Fingern der einen Hand die Zehen an und dränge mit seiner anderen Hand die Ferse nach Aussen, so dass das Füsschen in möglichst gestreckte Stellung kommt und so lange darin erhalten wird, bis der Gyps ziemlich erhärtet. Um das Fussgelenk und die Ferse werden einige Gypsbindentouren geführt, damit die letztere sich nicht von der Pappdeckelsohle entferne, nämlich nicht emporschlüpfen kann. Diese Touren sollen aber nur bis an und nicht über die Knöchel hinaufragen. Nun werde der ebenfalls dünn mit Watte belegte Unterschenkel mit einer 4 cm breiten Gypsbinde von den Knöcheln an umwickelt und zwar nicht bloss hinauf bis an das Knie, sondern bis ober die Kniescheibe. Um dem Verbande mehr Halt zu geben, ohne ihn sehr dick machen zu müssen, wird an die äussere Seite desselben ein 3—4 cm breiter, vom Kniegelenke bis nahe an den äusseren Knöchel reichender Pappdeckelstreifen gelegt und über diesen eine zweite Gypsbinde geführt, welche wieder von den Knöcheln bis über die Patella reicht und besonders hier bei ausgestrecktem Knie durch einige Cirkeltouren fest angezogen werden muss. Das Kind sitze auf dem Tischrande, der Arzt auf einem niederen Stuhle vor dem-

selben. Letzterer beuge, nachdem der Gyps etwas erhärtet ist, das Knie bis zu einem rechten Winkel, suche mit der einen Hand dem Füsschen eine dem Normalen sich annähernde Stellung zu geben und umwickle mit der anderen Hand das Fussgelenk fest mit Gypsbindentouren. Das Knie werde sodann in gestreckte Lage gebracht bevor der Gyps in der Umgebung desselben ganz hart geworden ist, das Füsschen werde aber so lange in der ihm gegebenen Richtung erhalten, bis letzteres der Fall ist. Die vorübergehende Beugung des Kniees geschieht aus zwei Gründen, einmal sind dabei die Fussstrecker erschlafft, so dass das Füsschen leichter der normalen Richtung zugeführt werden kann, dann aber wird durch die Beugung der noch nicht ganz erhärtete Verband in der Kniekehle etwas zusammengeschoben, so dass sich hier eine Art Ausschnitt bildet, welcher dem Kinde einige Beugung des Kniees gestattet. Ein Gypsverband, welcher nur bis an das Knie reicht, erfüllt seinen Zweck nicht, er gestattet nach wenigen Tagen dem Fusse sich nach Innen zu rotiren. Das Knie muss mit eingeschlossen sein und der Verband vorne und seitlich einige Centimeter über das Gelenk hinaufgehen, so dass er einem Miniaturkanonen- oder Postillonsstiefel ähnlich sieht.

Wenige Tage nach Vornahme des letzten Sehnenschnittes wird der erste Gypsverband angelegt, nach 5—8 Tagen ein zweiter und so ein dritter und selbst vierter, später aber viel seltener. In dem 1. und 2. Lebensjahre wird das Füsschen in 6—8 Wochen gerade stehen, so dass in der Regel der Gypsverband schon mit einem mechanischen Apparate vertauscht werden kann, wenn das Leiden nicht ein gar schlimmes war. Das aber muss ich betonen, dass ein nur einigermaassen hochgradiger Klumpfuss auch nach vorgenommenen Sehnenschnitten unmöglich durch orthopädische Vorrichtungen geheilt werden kann, denn die Indicationen, welche der richtig angelegte Gypsverband erfüllt, können durch dieselben nicht erfüllt werden. Erst dann, wenn nach Abnahme des Gypsverbandes der Fuss die normale Stellung hat, ja noch besser, wenn derselbe über die Norm nach auswärts gekehrt ist und der äussere Fussrand etwas höher steht als der innere, tritt ein mechanischer Apparat in sein Recht ein. Einige Hyperextension ist deshalb angezeigt, weil bei jedem angeborenen Klumpfusse die Zehenextensoren geschwächt oder gelähmt sind, wodurch die Muskeln der entgegengesetzten Seite das Uebergewicht und lange Zeit die Neigung haben, die Fussstellung wieder zu verschlechtern. Ohne mechanische Stütze darf deswegen der Fuss nach Abnahme des Gypsverbandes lange Zeit nicht bleiben. Die Anforderungen, welche man an eine solche zu stellen hat, bestehen darin, dass durch sie der Fuss in der ihm gegebenen Stellung erhalten bleibt, ohne aber gänzlich immobilisirt zu sein. Beim Auftreten und Gehen soll sich der Fuss im Gelenke einigermaassen beugen und strecken können. Unter Benützung einer solchen Stütze werden sich bei den veränderten Druckverhältnissen die in der Form veränderten Fussknochen leichter zurückbilden.

Ich benütze zu diesem Zwecke einen Apparat, welcher nicht lästig ist und seinem Zwecke entspricht. Der Fuss werde in einen Schuh von festem Kalbsleder eingeschnürt. Zwischen die Sohle und Brandsohle dieses Schuhes sei ein Eisenblech von der Form der Fusssohle, nur etwas kleiner als diese, eingenäht, auf dessen äusseren Rand und zwar entsprechend der Stelle der kleinen Zehe, ein kurzer starker über den Schuh vorragender Eisenstift mit einem Gewinde genietet ist zur Aufnahme einer Oese. Der Schuh reiche mit seinem oberen Rande bis an die Fussknöchel, aber nicht bis über diese hinauf. Das Oberleder werde gut angefeuchtet, damit es sich allenthalben an das Füsschen schmiegt, und wird der Schuh auf einem untergelegten Lederstreifen recht fest geschnürt. Sodann werde um den Unterschenkel ein Schaft von Kuhleder gelegt, welcher im Wasser erweicht nach der Peripherie des Unterschenkels zugeschnitten, an den seitlichen Rändern durchlöchert und recht fest zusammengeschnürt wird. Schuh und Schaft, letzterer bei gestrecktem Knie, bleiben so lange liegen, bis das Leder ganz trocken geworden ist. Der Schaft überrage am unteren Ende den oberen Schuhrand um 0,5 cm, am oberen Ende aber die Patella um 1 cm. Das Leder in der Kniegelenkgegend werde so ausgeschnitten, dass der Schaft die Form eines Postillonstiefels annimmt. An der äusseren Fläche des Lederschaftes, nahe dem oberen Drittheil desselben und etwas nach rückwärts werde eine eiserne Oese angebracht, welche auf einem länglichen Stücke Messingblech in beweglicher Weise befestigt ist. Letzteres werde an den Lederschaft angenietet. Durch diese Oese läuft ein bleistiftstarker Eisendraht, an dessen oberem Ende sich ein Gewinde befindet mit einer Schraubenmutter, welche etwas grösser ist als die Oese. Am unteren Ende des Stiftes ist eine Oese angebracht zum Einstecken und Anschrauben an den Stift am äusseren Schuhrande. Das Anschrauben darf nicht so fest stattfinden, dass es die Beweglichkeit der Oese in der Richtung nach vorne und nach hinten aufhebt. Ist Schuh und Schaft angelegt und die Oese am äusseren Fussrand angeschraubt, so wird die Schraubenmutter soweit angedreht, dass sie an der Oese am oberen Drittheil des Schaftes ansteht. Die Wirkung des Apparates besteht nun darin, dass der Fuss in der richtigen Stellung erhalten wird, dass aber beim Stehen und Gehen der Fuss mehr gebeugt und dadurch der Eisenstift mit seiner Schraubenmutter am oberen Ende in die Höhe geschoben wird, während ein mehr als gewünschtes Strecken des Fusses nicht möglich ist, weil sich die Schraubenmutter an die obere Oese anstemmt. Um das Emporschlüpfen der Ferse von der Schuhsohle zu verhüten, kann ein Riemen zum Einschnallen quer über den Fussreihen angebracht werden, was aber in der Regel nicht nöthig ist. (Siehe photographische Aufnahme.)



Dieser Apparat bleibe wenigstens 1 Jahr lang beständig Tag u. Nacht am Fusse, je nach dem Falle noch länger und werde er später nur mehr am Tage angelegt. Nicht einmal Stunden lang sollte ohne denselben im ersten Jahre herumgegangen werden. Täglich aber werde von Anfang an der Apparat einmal abgenommen, bei dieser Gelegenheit die ganze Extremität mit kaltem Wasser abgerieben und der Strumpf gewechselt. Zur Kräftigung der Extensoren eignen sich auch spirituöse Einreibungen auf den Fussrücken und die vordere Fläche des Unterschenkels, Massage und Elektricität.

Manchmal kommt es in schlimmen Fällen, besonders bei recht verkürzten Füssen mit verdickten und in der Form veränderten Mittel- und Fusswurzelknochen vor, speciell bei etwas älteren Kindern, dass trotz rationeller Behandlung nur auf dem äusseren Fussrande aufgetreten wird und der innere Fussrand den Boden nicht berührt. Stellt sich heraus, dass der Musc. tibialis posticus durch seine Verkürzung die Ursache davon ist, so muss dessen Sehne nachträglich auf die oben angegebene Weise getrennt werden. Zur Besserstellung des Fusses und zur Beförderung der Rückbildung der verdickten Knochen wende ich folgenden Apparat an. Zwischen Sohle und Brandsohle werde ein starkes Eisenblech von der Form der Fusssohle und von der Ferse bis an die Zehen reichend, eingenäht. Auf den äusseren Rand des Bleches sei eine stählerne Platte aufgenietet, 3 Linien dick, 3 cm breit und 4 cm lang. Diese Stahlplatte komme an die Stelle zu liegen, welche sich unmittelbar vor dem äusseren Knöchel befindet. Nächst dem äusseren Schuhrande sei diese Platte zu einem rechten Winkel aufgebogen und oben mit einer 3 cm breiten stählernen Schiene zu einem Charnier verbunden. Diese Schiene reiche an der äusseren

Seite des Unterschenkels bis nahe an das Knie und sei so nach aussen gebogen, dass sie beim Auftreten mit angelegtem Schuh an ihrem oberen Ende 3 bis 4 cm vom Unterschenkel absteht. Wird die Schiene gegen den Unterschenkel angedrückt, so wirkt sie unten am Charnier als Hebel, wodurch der äussere Fussrand gehoben und der innere abwärts gedrängt wird, während der Fuss sich beim Auftreten strecken und beugen kann. Die Schiene werde in ihrer oberen Hälfte durch 2 bis 3 Riemen, welche um den Unterschenkel laufen, fest mit dem letzteren verbunden. Diese Stütze muss Jahre lang ohne Unterbrechung zur Anwendung kommen.

Die Frage, ob Klumpfussbildung etwas mit Heredität zu thun habe, muss ich verneinen. Nur einmal kam es mir vor, dass eine Mutter 2 mal Klumpfusskinder zur Welt brachte, und einmal, wo eine mit Klumpfuss behaftete Mutter ein Kind mit einem Klumpfuss geboren hat. Bei den gehaltenen Nachfragen erklärten die intelligenteren Mütter in der Regel, dass nach Aussage der Hebamme sehr wenig Fruchtwasser vorhanden war.

Des paralytischen Klumpfusses, welcher meist in Folge der Kinderlähmung entsteht, will ich kurz Erwähnung thun. Da die Unterschenkel- und Fussmusculatur dem Gewichte des Körpers keinen genügenden Halt entgegensetzen kann, so kippt eben der Fuss um. Sehnenschnitte sind hier fast niemals nöthig und besteht die einzige Indication darin, dem Fusse eine Stütze zu geben, welche ihn in normaler Richtung erhält. Eine Stütze, wie ich sie oben an zweiter Stelle beschrieben habe, erleichtert das Gehen ungemein und verhütet die Verbildung des Fusses, wie sie sich sonst mit der Zeit geltend macht. Nur ganz ausnahmsweise ist bei wirklicher Verkürzung die Trennung der Achillessehne nöthig.

Der angeborene Plattfuss, wenn er nicht hochgradig ist, gleicht sich in der Regel von selbst aus; aber auch ein solcher höheren Grades, welcher durch manuelle Streckung in die normale Stellung versetzt werden kann, verschwindet auf einige Gipsverbände, welche unter Streckung und leichter Pronation des Füsschens angelegt werden. Giebt aber der verkürzte Zehenstrecker die Veranlassung zum Plattfusse und springt bei passiver Streckung eine sich hart anfühlende Sehne weit vor, dann muss diese subcutan getrennt werden. Beim erworbenen Plattfusse, wie er sich gerne bei fortgesetztem Tragen schwerer Lasten und bei anhaltendem Stehen im Alter von 14 bis 20 Jahren entwickelt, gelingt es oft, wesentliche Besserung zu erzielen, wenn bei Vermeidung der veranlassenden Schädlichkeiten feste Schnürschuhe aus Rindsleder getragen werden, deren innerer Rand um Fingerbreite an Sohle und Ferse erhöht ist. Diese Erhöhung wird durch 4—5 cm breite Sohllederstreifen erreicht, welche schief nach innen abgeflacht und zwischen Sohle und Brandsohle eingenäht sind. Hochgradige Plattfüsse aber, bei welchen die Zehenstrecker so verkürzt sind, dass es unmöglich ist, den Fuss passiv über einen rechten Winkel zu strecken, verlangen unbedingt die Trennung derselben. Patient sitze mit ausgestrecktem Beine auf dem Tische, ein Gehülfe drücke dasselbe fest auf den Tisch nieder und vollführe mit der anderen Hand eine recht kräftige Extension des Fusses bei einwärts gebogenen Zehen. Gerade im Fussgelenke werden sich hiebei die Sehnen des Zehenstreckers stark spannen, sie werden so weit vorspringen, dass der Operateur das Tenotom bei flach gehaltener Klinge leicht unter den Sehnen vorschieben kann. Die Schneide werde sodann der Cutis zugekehrt und die Trennung der sämmtlichen Sehnen in einem Acte vollzogen. Das Auseinanderweichen der Sehnenenden bewirkt ein lebhaftes Geräusch. Eine Nebenverletzung ist nicht wohl möglich und die Reaction gleich Null. In den nächsten Tagen werde ein Gipsverband bei stark gestrecktem Fusse angelegt und nach 3 Wochen der Schnürschuh mit erhöhtem inneren Rande.

Beim angeborenen Klumpfusse beginne ich die operative Orthopädik bei gesunden kräftigen Kindern gerne in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres, lasse aber schon von den ersten Lebenswochen an passive Streckbewegungen vornehmen, mehrmals täglich und mehrere Minuten lang, besonders auch im Bade.

Den Collegen, welche sich mit Klumpfussbehandlung befassen wollen, muss ich den Rath ertheilen, sich grosse Geduld und unermüdliche Ausdauer anzuschaffen. Gross ist aber auch die Freude, wenn man frühere Patienten mit geraden Füssen gehen sieht. Am meisten freute mich, wenn mich aus Dankbarkeit stramme Soldaten besuchten, welche ich in ihren Kinderjahren an angeborenen Klumpfüssen in Behandlung hatte.

Casuistische Mittheilungen aus Hospitälern und aus der Praxis.

Traumatische Endocarditis. Von Dr. Ulrich Luckinger.

Dass durch starke Quetschungen namentlich die Brust- und Unterleibsorgane schwer verletzt werden können, ohne dass die Wandungen ihrer Höhlen Spuren der eingewirkten Gewalt erkennen lassen, ist bekannt, nicht minder, dass bei derartigen Gewalteinwirkungen die äusseren Weichtheile zwar intact sind, trotzdem jedoch in Folge von Knochenfracturen schwere Läsionen innerer Organe vorliegen können.

Fälle jedoch, in welchen nach Einwirkung einer quetschenden Gewalt keinerlei Läsion, weder oberflächlicher noch tieferer Art, nachzuweisen war, in welchen es aber nachträglich noch zu schweren, auf die stattgehabte Gewalteinwirkung zurückzuführenden Störungen kam, dürften wohl zu den seltenen gehören.

Es möge darum gestattet sein, eine von mir gemachte diesbezügliche Beobachtung hier mitzutheilen.

F. R., Oekonomiearbeiter, 25 Jahre alt, bisher stets gesund, stürzte am 24. VII. beim Heuaufladen dadurch, dass die Pferde scheu wurden, vom Wagen und erlitt beim Sturze eine Contusion der linken Brustgegend und eine, nicht complicirte, Totalfractur des linken Unterschenkels.

Was die Contusion der linken vorderen Brustgegend anbelangt, so ergab die Untersuchung für das Vorhandensein einer knöchernen Fractur (Rippe, Sternum) oder einer anderweitigen Verletzung der Brustorgane nicht den geringsten Anhaltspunkt; auch subjectiv fehlten jegliche Symptome, welche zu einer solchen Annahme berechtigt hätten. Es schien eben thatsächlich nur eine Contusion dieser Gegend vorzuliegen. Bis zum 4. Tage nach der Verletzung ging nun Alles verhältnissmässig gut. In der diesem Tage vorhergehenden Nacht fing R. an über Herzklopfen und erschwertes Athmen zu klagen. Am folgenden Morgen war bei verstärktem Herzstosse und kleinem, weichem Pulse ein systolisches und diastolisches Geräusch an der Herzspitze und pericardiales Reiben oberhalb des rechten Ventrikels deutlich zu constatiren.

In den nächstfolgenden Tagen zunehmende Verbreiterung der Herzdämpfung in der charakteristischen dreieckigen Form, daneben Fortbestand der über dem linken Ventrikel nunmehr zwar etwas abgeschwächt, aber immerhin wohl hörbaren endocardialen Geräusche; starkes Fieber, hochgradige Dyspnoe und Cyanose.

Nachdem dieser Zustand einige Tage in bedrohlicher Weise angedauert hatte, kam es zu einem Rückgange der cardialen Erscheinungen. Da trat ein neues Symptom in den Vordergrund, der Kranke klagte über Stechen in der Brust, links vorne in der Gegend unter der Herzspitze, welches durch den Nachweis pleuritischen Reibens an dieser Stelle seine Erklärung fand. In der Folge kam es daselbst noch zu einem circumscripten Exsudate der Pleura.

Im vorliegenden Falle hatte somit eine Contusion des Thorax eine Reihe schwerer Zustände im Gefolge: eine Entzündung des Herzinnern, wobei eine solche des Herzmuskels natürlich nicht absolut ausgeschlossen ist, ferner des Herzbeutels und der Pleura.

Unmittelbar nach der Verletzung war, wie bereits erwähnt, eine tiefere Läsion (Rippenfractur, Hämothorax) nicht nachzuweisen, auch in den ersten Tagen der Beobachtung liess sich nicht das Geringste derartiges vermuthen, es bliebe somit nur noch die eine Möglichkeit übrig, dass eine Rippeninfraction, welche sich bekanntlich der sicheren Diagnose fast immer entzieht, einen so schädlichen Reiz auf das Endo- bezw. Pericardium erzeugt hätte. Mir scheint jedoch diese Annahme nicht sehr wahrscheinlich. Ein ursächlicher Zusammenhang mit der Fractur der Extremität (Embolie) dürfte im gegebenen Falle, zumal bei dem Bilde der Erkrankung, wohl kaum in Betracht kommen.

Was die zeitliche Folge der entzündlichen Vorgänge anbelangt, so scheint mir, der Beobachtung am Krankenbette nach zu schliessen, das Endocardium primär erkrankt zu sein, wenigstens in ihrer Intensität war die Erkrankung desselben der des

Pericards sicher vorangeeilt, schliesslich setzte sich der entzündliche Process vom Pericardium auf die Pleura fort.

Das Thema, welches der hier mitgetheilte Fall berührt, fand erst in neuerer Zeit eingehendere Beachtung und dürften in dieser Beziehung insbesondere die Beobachtungen von Reubold (Friedreich's Blätter f. gerichtl. Medic. 1890, Heft 4 u. 5) von Interesse sein.

Nach diesem Autor bringt, um nur eines hervorzuheben, Compression mit breiter Fläche, gleichmässig und mehr allseitig ausgeübter Druck insbesondere die gefüllten Hohlorgane zum Platzen, während Druck an beschränkter Stelle an den gefüllten Hohlorganen wie an den parenchymatösen Organen Gewebsblutungen oder förmliche Gewebstrennungen erzeugt. So kann am Herzen das Endocard, können Muskelbündel zerreissen mit ihren weiteren Folgezuständen.

Auch die Aetiologie des gegebenen Falles dürfte darin eine Erklärung finden.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Kobert: Arbeiten des pharmakologischen Instituts zu Dorpat V—VIII. Stuttgart, Enke, 1890—92.

Die Arbeiten aus dem Institute Kobert's sind schon wiederholt in dieser Wochenschrift, zuletzt 1890 S. 660 rühmend hervorgehoben worden. Gegenwärtig liegen wieder 4 neue Bände vor. Die darin enthaltenen Untersuchungen beziehen sich zunächst auf zwei seltene Metalle, Uran (Woroschilsky) und Wolfram (Bernstein-Kohan). Ferner beschäftigen sie sich mit verschiedenen Pflanzenstoffen, wie Agrostemma Githago und anderen Saponine enthaltenden Pflanzen, Urechites suberecta (Minkiewicz), Hyänanchin (Engelhardt), Cephalanthin (Mohrberg) und dem von Kobert schon früher eingehend untersuchten Mutterkorn. Dazu kommt eine Reihe von Abhandlungen über die Pharmakologie des Eisens (Anselm, Damaskin, Kumberg, Busch, Stender) mit Schlussbemerkungen des Herausgebers. Endlich sind noch einzelne Studien über die Giftigkeit der Gallenfarbstoffe (Rywosch), die Oxalsäure (Kroll) und die Verwendbarkeit des Basch'schen Sphygmomanometer zu Blutdruckmessungen an Thieren (Rosen) zu erwähnen. Alle diese neueren Untersuchungen legen, wie die früheren, beredtes Zeugniss ab von der Fruchtbarkeit und Gründlichkeit des Dorpater Laboratoriums. Insbesondere zeigen sie, wie der Herausgeber stets emsig bestrebt ist, die von ihm früher bereits in Angriff genommenen Forschungsgebiete, wie die Saponine, das Secale und das Eisen durch die Arbeiten seiner Schüler zu erweitern und zu fördern. Penzoldt.

Zeitschrift für Hypnotismus, Suggestionstherapie, Suggestionslehre und verwandte psychologische Forschungen. Redigirt von Dr. **J. Grossmann.** Erscheint monatlich zwei Bogen stark. Preis pro Semester 5 M.

Von dieser Zeitschrift, welche die meisten wissenschaftlichen Vertreter der Suggestionstherapie zu ihren Herausgebern zählt, liegen nun vier Hefte vor. Dieselbe ist ein ernsthaftes wissenschaftliches Blatt und wird den Leser durch Originalartikel und Referate über die Fortschritte der Suggestionstherapie und Suggestionslehre auf dem Laufenden halten. Wem daran liegt, die wissenschaftlichen und praktischen Resultate dieser Disciplin, die bei uns im Verhältniss zu ihrer Wichtigkeit so wenig Beachtung findet, zu verfolgen, dem wird die Zeitschrift sehr willkommen sein. Bleuler.

Neueste Archive und Zeitschriften.

Archiv für klinische Chirurgie. 45. Band. 4. Heft. Verlag von A. Hirschwald, Berlin, 1893.

1) Facklam: **Die Resultate der wegen Nierenphthise vorgenommenen Nephrotomien und Nephrektomien.**

Eine genaue literarische Zusammenstellung aller bisher wegen Nierenphthise unternommenen Operationen unter gleichzeitiger Mittheilung von 13 neuen Fällen der Herren Heusner, Neuber, Riedel, Madelung. 20 Nephrektomien: 12 gestorben, 8 günstiger verlaufen, und von letzteren 4 „geheilt entlassen". Eine dauernde Heilung nur in einem Falle von perinephritischem tuberculösen Abscess. 88 Nephrektomien: 25 gestorben (17 im unmittelbaren Anschluss an die Operation), 62 gebessert und zwar 36 „geheilt", allerdings nur 14 mehr als ein Jahr.

Von den länger beobachteten 6 Madelung'schen Fällen ist einer zur Zeit 4 Jahre nach der Operation von allen Krankheitszeichen frei.

2) Blagowestschensky: **Zur Frage über die nicht consolidirten einfachen Fracturen der Röhrenknochen, ohne Bildung von Pseudarthrosen.**

Verfasser theilt einen in der Bergmann'schen Klinik operirten Fall von nicht consolidirter Fractur beider Schienbeine mit, der erfolgreich mit Resection der Knochenenden behandelt wurde. An dem linken Bein musste auch aus der Fibula ein entsprechendes Stück resecirt werden.

3) W. Sachs: **69 Fälle von Zungencarcinom.** (Aus der chirurgischen Klinik zu Bern.)

Genaue Analyse von 69 in der Berner Klinik zur Beobachtung gelangten Fällen von Zungenkrebs in ätiologischer, pathologisch-anatomischer, klinischer und operativer Beziehung. Erwähnt seien hier kurz die Erfolge der chirurgischen Behandlung. Zur Operation gelangten im Ganzen 58 Kranke. Für 56 ist das Operationsverfahren bekannt: 18 vom Munde aus, 2 mit Wangenspaltung, 21 mit temporärer Unterkieferresection, 1 mit Exarticulation einer Kieferhälfte, 12 von der Zungenbasis aus nach der Kocher'schen Methode, 3 mit Hülfe der vom submandibularen Raume aus eingeführten Schlinge. Der Ausgang der Operation ist von 57 Fällen bekannt: in 6 trat der Tod ein, 51 wurden geheilt. Wie sehr sich unter der verbesserten Wundbehandlung die Mortalität vermindert hat, geht daraus hervor, dass auf 29 Operationen aus den Jahren 1872—82 5 Todesfälle kommen, dagegen auf 28 Operationen aus den Jahren 1873—88 nur 1 Todesfall. Zieht man die Grösse und den Umfang der vom submandibularen Raum her vorgenommenen Operationen in Betracht, so ergiebt sich für dieselbe die relativ geringste Sterblichkeit. Eine sehr grosse Bedeutung kommt dem bei dieser Methode ermöglichten antiseptischen Abschluss der Luftwege zu.

Von 38 Kranken ist das Schicksal nach der Operation bekannt: an Recidiv erkrankten 25, recidivfrei blieben 13, davon 1 Fall 8 Jahre, 2 Fälle 7 Jahre, 2 Fälle 4½ und 4 Jahre, 3 Fälle länger als 2 Jahre, 3 Fälle je 1 Jahr.

Von den recidiven Fällen wurden viele zum zweiten Mal operirt, zum Theil mit jahrelang anhaltendem Erfolg: einer lebte 10 Jahre und einer noch 12 Jahre nach der ersten Operation.

4) E. Martin: **Beitrag zur Lehre von der Polymastie und ihrer Beziehung zur Entwicklung von Brustdrüsengeschwülsten.** (Aus der chirurgischen Klinik zu Breslau.)

Eine Patientin zeigte nach unten und innen von der linken Mamma eine überzählige Brust und medialwärts von dieser, anscheinend völlig isolirt, einen Tumor, der sich nach der Exstirpation bei der mikroskopischen Untersuchung als ein Adenofibrom herausstellte, welches durch Epithel- (Milch) gänge mit der gleichzeitig exstirpirten Mamma supernumeraria verbunden war, somit von einem Lobulus aberrans einer überzähligen Brustdrüse seinen Ursprung genommen hatte.

Dies ist nach Verf. der einzig sicher erwiesene Fall, in welchem eine überzählige Brustdrüse zum Ausgangspunkt für eine Mammageschwulst geworden ist. In allen anderen als solche beschriebenen Fällen sind nicht überzählige Brustdrüsen und Warzen, sondern lediglich Lobuli aberrantes die Ursprungsstätte der Geschwulstbildung gewesen.

5) A. Brieger: **Die Hernien des Processus vermiformis.** (Aus der chirurgischen Klinik zu Breslau.)

Unter Verwerthung von 2 Fällen aus der Breslauer Klinik hat Verfasser 24 Fälle von Hernie des Processus vermiformis zusammengestellt. 6 mal handelte es sich um eine irreponible, 18 mal um incarcerirte Hernien.

Die Diagnose eines Wurmfortsatzbruches ist wohl nur ausnahmsweise möglich. Eine besondere Bedeutung haben die in Rede stehenden Brüche dadurch, dass der Proc. vermiformis häufig pathologischen Veränderungen anheimfällt. Bei der Operation muss dann ausnahmslos der Wurmfortsatz resecirt werden.

2 Fälle werden mitgetheilt, wo neben dem Proc. vermiformis noch Netz im Bruchsack enthalten war.

6) P. Gueterbock-Berlin: **Ueber Echinococcus des Halses.**

Bei einem 19jährigen Postgehilfen entwickelte sich im Verlauf von 14 Tagen ein entzündlicher Tumor an der linken Halsseite, der ganz den Eindruck eines verkästen Lymphdrüsenpacketes machte. Bei der Operation wurde ausser käsigen Massen eine grauweissliche dicke Membran entfernt, die in der Substanz des M. sternocleidomastoideus eingebettet lag und alsbald als ein Echinococcussack erkannt wurde. Haken und Tochterblasen waren nicht vorhanden. Die Wunde heilte ohne Störung.

Aus der Literatur hat Verfasser 26 Beobachtungen von Halsechinococcus einschliesslich seiner eigenen zusammenstellen können. Für die Diagnose kommen ausser Hydatidenschwirren und Vorkommen von Echinococcus an anderen Körpertheilen besonders in Betracht das plötzliche Wachsthum einer bis dahin nur kleinen Geschwulst und der Sitz am äusseren Rand des Kopfnickermuskels. Der Ausgangspunkt der Geschwulst ist wahrscheinlich die Scheide der grossen Halsgefässe, beim Wachsen wird der Sternocleidomastoideus emporgehoben, oft kommt es zu einem Tumor bilobatus (am vorderen und hinteren Rande des Kopfnickers). Die Operation hat wenn möglich

in der Exstirpation des Sackes zu bestehen. Zu bedenken ist, dass nach der Operation mehrere Male eine tödtliche Nachblutung aus einem arrodirten Gefäss eingetreten ist. Kr.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Band 36, Heft 1 und 2. Leipzig, Vogel.

1) Kocher-Bern: **Zur Kenntniss der traumatischen Epilepsie.**

K. steht auf dem Horsley'schen Standpunkte, dass alle traumatischen Epilepsien der operativen Behandlung zu unterwerfen sind. Bei der Epilepsieoperation muss man immer das Centrum in der Hirnrinde, welches Sitz der ersten Reizungssymptome ist, beseitigen. Eine solche Exstirpation der Hirnrinde ist nicht nur bei motorischen, sondern auch bei blossen sensiblen Störungen des betreffenden Körpertheiles gerechtfertigt.

In nicht seltenen Fällen von traumatischer Epilepsie bestehen die anatomischen Veränderungen in der Bildung grösserer mit Cerebrospinalflüssigkeit gefüllter Hohlräume, welche entweder mit einem Ventrikel communiciren oder selbständig für sich bestehen können. Derartige Fälle eignen sich ausserordentlich gut für eine operative Behandlung, die natürlich in Eröffnung und Drainage der Cyste zu bestehen hat.

Die im Vorstehenden ganz kurz wiedergegebenen Hauptergebnisse der K.'schen Arbeit werden durch sehr ausführliche Krankengeschichten eingehend erläutert. Die Arbeit bietet des Weiteren eine grosse Fülle des Anregenden für die Beurtheilung von einer Reihe wichtiger Punkte aus dem Gebiete der Hirnpathologie und Therapie. Von den durch Cystenbildung bedingten Fällen von traumatischer Epilepsie hat K. allein 5 beobachtet. Aus den bei denselben gemachten Beobachtungen glaubt er schliessen zu müssen, dass neben der gesteigerten Reizbarkeit des Gehirns im Allgemeinen die bleibend oder vorübergehend vermehrte Spannung des Liquor cerebrospinalis zur Entstehung der Epilepsie disponirt. Er fasst den epileptischen Anfall auf als eine durch plötzliche intracranielle Druckschwankungen und daherige Circulationsstörungen zu Stande gekommene Commotio cerebri bei abnormer anatomisch begründeter Erregbarkeit gewisser Gehirnabschnitte, speciell im Bereich der Hirnrinde.

2) F. Fischer und E. Levy: **Bakteriologische Befunde bei Osteomyelitis und Periostitis; Vorkommen des Diplococcus pneumoniae Fränkel und des Streptococcus pyogenes.** (Aus der chirurgischen Klinik zu Strassburg.)

Die Verfasser haben 15 in den letzten 2 Jahren in der Strassburger Klinik zur Behandlung gekommene Fälle von acuter Osteomyelitis genau bakteriologisch untersucht. Den Staphylococcus pyogenes züchteten sie 11 mal, und zwar den albus 9 mal und den aureus 2 mal (der albus ist in Strassburg überhaupt häufiger wie der aureus). In 2 Fällen züchteten sie den Fränkel'schen Pneumococcus, in dem einen Falle auch in einer complicirenden, zum Tode führenden Meningitis, und in 2 Fällen den Streptococcus pyogenes.

3) J. Riedinger-Würzburg: **Zur Frage der Veränderung der Längendimensionen des Beines bei den Luxationen desselben im Hüftgelenk.**

Im Wesentlichen theoretische Erörterungen über die Verkürzung bezw. Verlängerung des Beines bei den verschiedenen Hüftgelenksluxationen. Der Abstand von der Spina anterior superior giebt keinen absoluten Maassstab für die Beurtheilung der Längendifferenz. Nach den Auseinandersetzungen des Verfassers ist für die Luxatio iliaca eine absolute und relative reelle Verkürzung, für die obturatoria eine relative reelle Verlängerung anzunehmen.

4) Klemm-Riga: **Zur Casuistik der complicirten Schädelbrüche.**

Aus den sehr bemerkenswerthen 8 Krankengeschichten sei hier nur Einiges wiedergegeben. Bei einer Verletzung des Stirnhirnes liess sich, wie auch schon in anderen Fällen, eine bedeutende Alteration des psychischen Verhaltens constatiren, mit grosser Reiz- und Erregbarkeit, sich bis zu Tobsuchtsanfällen steigernd. — Eine im Anschluss an eine Schädelfractur entstandene cystoide Entartung (vgl. die im Vorstehenden referirte Arbeit von Kocher) des linken Schläfenlappens ging mit ausgesprochener sensorischer Aphasie einher. — Bei einem Zimmermann, dem ein Brett mit einem Nagel auf den Kopf gefallen, und letzterer durch das linke Scheitelbein eingedrungen war, trat bald darnach zunehmender Hirndruck mit fortschreitender Lähmung der rechten Körperseite auf. Die alsbald ausgeführte Trepanation vermochte den letalen Ausgang nicht aufzuhalten; bei der Section fanden sich multiple Blutergüsse (keine Verletzung der Meningea media). — Von 2 Fällen von Gehirnabscess wurde der eine durch die Operation geheilt; bei dem anderen kam die Trepanation zu spät. — Verfasser tritt warm für die primäre Trepanation bei complicirten Splitterfracturen des Schädels ein.

5) Landow: **Zur operativen Behandlung der senilen und diabetischen Gangrän der unteren Extremität.** (Aus der chirurg. Klinik zu Göttingen.)

In neuerer Zeit ist von mehreren Seiten empfohlen worden, bei diabetischer oder seniler Gangrän, sobald der Fussrücken oder die Fusssohle ergriffen ist, gleich im Knie oder oberhalb desselben zu amputiren. In der chirurgischen Klinik zu Göttingen steht man auf einem wesentlich anderen Standpunkte. König legt grossen Werth darauf, dass zunächst durch zweckmässige Hochlagerung der Extremität möglichst günstige Circulationsbedingungen geschaffen werden, und die Fäulniss durch gründliche Desinfection beseitigt bezw. verhütet wird. Hat sich unter diesen Maassnahmen das Gesunde genau gegen das Kranke abgegrenzt, so wird im Gesunden 2—3 Finger oberhalb der Demarcation amputirt. Grenzt sich bei dieser Behandlung der Process nicht ab, bezw. kommt der Kranke in Lebensgefahr, so wird weiter entfernt von den kranken Theilen entweder am Unterschenkel oder am Knie amputirt. Nach diesen Grundsätzen sind 13 Kranke behandelt, 8 Diabetiker und 5 Arteriosklerotiker. An denselben wurden 14 Primäramputationen ausgeführt, 4 hohe und 10 tiefe. Die hoch Amputirten starben alle, von den letzteren nur eine hochgradige Diabetikerin. Von den übrigen 9 tiefen Amputationen heilten 7 per primam und 1 per secundam; nur einmal musste eine secundäre Unterschenkelamputation angeschlossen werden. Bei allen geheilt entlassenen Kranken blieb der Stumpf dauernd heil.

Gestützt auf diese zweifellos sehr günstigen Resultate unterzieht Verfasser die gegentheiligen besonders von Heidenhain vertretenen Anschauungen einer eingehenden Kritik. Er weist darauf hin, dass die Thromben der grossen Gefässe nur in 50 Proc. der Heidenhain'schen Fälle vorhanden waren, und dass es sich dabei nur zweimal um vollkommenen Verschluss handelte. Er hebt ferner hervor, dass auch bei Thrombose der Art. femoralis doch mit Hülfe des Collateralkreislaufes eine ausreichende Blutversorgung des Unterschenkels und Fusses vorhanden sein kann, ja dass nicht einmal ein vollkommener Verschluss sämmtlicher Hauptstämme eine genügende Blutcirculation des Fusses ausschliesst. Des Weiteren glaubt er, dass eine genaue Befolgung der König'schen Vorschriften, besonders eine sorgfältige Antiseptik, der Stumpfgangrän vorbeugen kann. Kr.

Vereins- und Congress-Berichte.

XII. Congress für innere Medicin.

Wiesbaden, 12.—15. April 1893.

(Originalbericht von Dr. Sittmann-München.)

(Fortsetzung statt Schluss.)

V. Sitzung, 14. April 1893.

Vorsitzender: Herr Merkel. Schriftführer: Herr Klemperer.

Vor Beginn der Sitzung theilt der Generalsecretär Herr Pfeiffer-Wiesbaden einen Auszug aus dem Protokoll der letzten Ausschusssitzung mit, aus dem der günstige Cassenstand des Vereines ersichtlich wird.

An der Stelle des statutengemäss aus dem Geschäfts-Comité ausscheidenden Herrn v. Ziemssen wurde Herr Quincke zum Mitgliede des Geschäfts-Comités gewählt.

Der Congress wählt an Stelle der statutenmässig aus dem Ausschusse austretenden Mitglieder: Herren Edlefsen-Kiel, Fraentzel-Berlin, Moritz Schmidt-Frankfurt a. M., Mannkopf-Marburg, Riegel-Giessen, die Herren A. Schmid-Reichenhall-München, Gerhardt-Berlin, Senator-Berlin, Vierordt-Heidelberg, Eichhorst-Zürich, und an Stelle des durch Tod ausgeschiedenen Herrn v. Wild-Cassel Herrn Sahli-Bern.

Als Themata für den nächsten in München stattfindenden Congress sind bis jetzt angemeldet: Die Eisentherapie von Herrn Leyden, Nephrolithiasis von Herrn Fürbringer.

Der Vorsitzende ertheilt sodann das Wort

Herrn **Strümpell**-Erlangen zu seinem Referate über die **traumatischen Neurosen.**

Der Vortragende gibt in seinem äusserst klaren und lichtvollen Vortrage zuerst die Geschichte der Genese des Begriffes „traumatische Neurosen“

Schon seit langer Zeit, besonders aber nach der Einführung unserer jetzigen Unfallsgesetze kamen Leute zur Beobachtung, die über eine Reihe nervöser Symptome klagten und diese mit Bestimmtheit auf ein erlittenes Trauma zurückführten. Bei einem Theile der Fälle liegt der Zusammenhang zwischen Trauma und den nervösen Erscheinungen klar zu Tage; dies sind die Fälle, bei denen eine directe Einwirkung des Traumas auf irgend einen Theil des Nervensystems — Quetschung, Zerreissung etc. — bestanden hat oder noch besteht; sie sind zu beurtheilen nach den Regeln der allgemeinen und topischen Diagnostik.

Bei einer anderen Anzahl von Fällen ist dieser directe Einfluss des Traumas nicht ersichtlich oder wegen der Art des Traumas und der bestehenden Erscheinungen von Seiten des Nervensystems auch nicht wahrscheinlich. Diese Fälle hat man

dann im Gegensatze zu den rein traumatischen Verletzungen des Nervensystems den bloss functionellen Erkrankungen desselben zugezählt und sie nach bestehendem Sprachgebrauche als Neurosen, und zwar weil traumatischen Ursprunges, als traumatische Neurosen bezeichnet. Unter diesem Worte sei von seinen Urhebern niemals ein einziges Krankheitsbild verstanden worden, sondern eine Krankheitsgruppe, wie der stets gebrauchte Pluralis beweist.

Man habe nun versucht, je nach den Störungen diese Gruppe in Unterabtheilungen zu theilen; so sei Vortragender dazu gekommen, die Fälle mit rein örtlichen nervösen Symptomen von den mit nervösen Allgemeinerscheinungen zu trennen. In kurzen Zügen schildert nun Str. das Krankheitsbild, wie es sich am häufigsten darbietet.

Von den subjectiven Beschwerden stehen im Vordergrunde die localen, die sich als Schmerzen und meist damit verbundene motorische Functionsstörung äussern; erstere sind fast nie streng localisirt und entsprechen keinem bestimmten Nervengebiete. Dazu kommen noch eine ganze Reihe allgemeiner subjectiver Symptome; je mehr man nach Einzelheiten fragt, desto mehr Klagen erhält man zur Antwort. Dem entspricht nicht der durch objective Untersuchung erhobene Befund, an der Stelle der Verletzung kein Zeichen irgend einer materiellen Störung, ebenso die inneren Organe in der Regel normal. Erst bei genauer Prüfung aller nervösen Functionen stösst man auf die sogenannten „objectiven Zeichen der traumatischen Neurose“, die zuerst genügend gewürdigt zu haben das Verdienst Oppenheim's ist. Sie bestehen vor Allem in einer dauernden leichten psychischen Verstimmung hypochondrisch-melancholischen Charakters, ferner in gewissen sensorischen Anästhesien auf der Haut und im Bereiche der höheren Sinnesorgane — hieher gehört die concentrische Einengung des Gesichtsfeldes —, in motorischen Störungen, die sich als Ausfalls- oder als Reizerscheinungen darstellen können, zuletzt in Störungen des vasomotorischen und secretorischen Gebietes. Ein geschlossenes Auftreten aller dieser Erscheinungen zusammen ist nur zuweilen zu finden, meist lässt sich nur ein Theil derselben nachweisen.

Was ist nun der eigentliche innere Entstehungsmodus dieser traumatischen Neurosen?

Die nächstliegende Annahme rein mechanischer materieller Folgen der Verletzung hätte zur Folge, dass die traumatischen Neurosen aus der Zahl der functionellen Erkrankungen ausscheiden müssten; es lägen dann wohlcharakterisirte Nervenkrankheiten vor, deren Ursache nur sich dem Nachweise entzöge. Dies kommt vor, kann aber zur Erklärung des Wesens der traumatischen Neurosen nicht in Betracht gezogen werden.

Eine zweite Erklärung wäre gegeben in der Annahme einer schweren allgemeinen mechanischen Erschütterung des Nervensystems, einer echten Commotio spinalis oder cerebralis. Diese Erklärung muss man wohl für manche Fälle gelten lassen, aber bei der grossen Mehrzahl der gewöhnlich vorkommenden traumatischen Neurosen lässt sie im Stiche; meistens ist das Trauma so gering, dass eine Commotion auszuschliessen ist, und dann treten auch in Fällen, bei denen man nach der Natur des Traumas eine wirkliche Commotion anzunehmen berechtigt wäre, die Symptome in derselben eigenthümlichen Weise auf wie bei den Fällen ohne stärkere Erschütterung des Nervensystems, so dass auch bei den Fällen ersterer Art die Annahme materieller Commotionsvorgänge zur Erklärung der bestehenden Krankheitserscheinungen nicht ausreicht. Da somit, wenn man den mechanischen Anlass zum Ausgangspunkte der Untersuchungen machte, für die Erkenntniss des Wesens der traumatischen Neurosen nichts zu erreichen war, musste man einen anderen Ausgangspunkt für die Klärung des Gebietes zu gewinnen suchen, der gegeben war in der Berücksichtigung anderer ursächlicher Momente nicht mechanischer Natur.

Man war dazu berechtigt durch die ausserordentliche Aehnlichkeit der in Rede stehenden Krankheitsbilder mit der Neurasthenie und Hysterie, eine Aehnlichkeit, die sich zur völligen Gleichheit steigern kann. Hysterie ist, nach der Auffassung der Charcot'schen Schule, der sich der Vortragende anschliesst, stets eine psychische Störung, welche sich nach aussen hin in scheinbar abnormen körperlichen Störungen bemerkbar macht. Sehr oft ist mit ihr auch eine leichte psychische Veränderung verbunden, die ihrerseits allein auftreten kann und dann als Nervosität oder Neurasthenie bezeichnet wird. Alle diese Krankheitsformen sind nahe verwandt miteinander und finden sich häufig vereinigt, weil sie auseinander erwachsen oder aus congenital abnormer psychischer Veranlagung entspringen. Ist letztere besonders stark, so kann es zu scheinbar primärer Hysterie kommen; gewöhnlich aber bedarf es eines äusseren Anlasses zur Entwicklung der Hysterie, der um so schwächer zu sein braucht, je widerstandsschwächer die Psyche veranlagt ist.

Ausgehend von dieser Anschauung gelangt man unter Berücksichtigung der das körperliche Trauma begleitenden psychischen Einwirkungen zu einer widerspruchsloseren und verständlicheren Auffassung über Entstehung und Wesen der traumatischen Neurosen.

Es trifft nun zweifellos zu, dass sich bei den traumatischen Neurosen auch wirklich nur solche Symptome nachweisen lassen, deren psychogene Entstehung möglich ist. Der Vortragende führt nun die einzelnen Bilder des Symptomencomplexes auf einen derartigen Ursprung zurück. Als veranlassendes Moment ist nicht nur der einmalige psychische Shok beim Trauma zu betrachten, sondern die in der Zeit nach der Verletzung eintretende allmähliche Umformung des gesammten Geisteslebens des Verletzten: Sorge um Wiederherstellung, um Erhaltung der Familie, Gedanken, sich für den im Dienste Anderer erlittenen Verlust Ersatz zu verschaffen etc. Gerade diese letzteren psychischen Vorgänge erklären das Auftreten bald hypochondrischer bald melancholischer Vorgänge und den Umstand, dass traumatische Neurosen viel häufiger bei der arbeitenden, armen Classe auftreten, als bei Wohlhabenden. Der Einfluss dieser psychischen Einwirkungen führt zu Störungen der Beziehungen zwischen Bewusstsein und Körperlichkeit, zu den hysterischen Symptomen; diese sind abhängig von den Bewusstseinszuständen der Kranken und daher scharf zu trennen von wirklich objectiven Erscheinungen organischer Nervenleiden. — Grossen Einfluss auf die Entstehung psychogener Symptome hat die Art der ärztlichen Untersuchung.

Es erscheint gleichgültig, ob man nun die Bezeichnung „traumatische Neurosen“ beibehalten oder sie durch die Namen „traumatische Hysterie“ und „traumatische Neurasthenie“ ersetzen will; man muss nur festhalten an der streng begrifflichen Definition dessen, was mit dem Namen bezeichnet wird. Praktisch zweckmässig erscheint es, festzuhalten an dem Collectivbegriffe „traumatische Neurosen“ und in jedem einzelnen Falle zu untersuchen, in welche Unterabtheilung er sich einreihen lässt.

Differential-diagnostisch ist zu beachten, dass manche Patienten ihre Beschwerden auf ein Trauma zurückführen, während ganz andersartige, selbständige Erkrankungen (Arteriosklerose, Alkoholismus etc.) deren Ursache sind; weiter ist nicht immer die rein materielle Wirkung des Traumas ganz auszuschliessen, dies ist um so schwerer, als oft die Folgen materieller Wirkung sich vereinigen können mit den psychogen entstandenen Folgen; ferner gehören nicht zum Begriffe der traumatischen Neurosen die Fälle, in denen feinere mechanische Commotionsveränderungen (Schmaus, Friedmann u. A., Fälle mit Opticusatrophie, Pupillenstarre, Aehnlichkeit des Bildes mit progressiver Paralyse etc.) möglich sind. Von grosser differentialdiagnostischer Wichtigkeit ist ferner die Simulation, d. h. die mit bewusster Absichtlichkeit ausgeführte fälschliche Vorspiegelung abnormer Empfindungen und Functionsstörungen. Sie ist selten und auf jeden Fall sehr schwer. Das Bestreben, durch das Auffinden bestimmter objectiver Symptome die Sicherheit der Diagnose der Simulation gegenüber zu erhöhen, hat, nach dem vorher über die sogenannten objectiven Erscheinungen Gesagten, nur bedingten Werth; weit mehr Gewicht ist zu legen auf das gesammte Krankheitsbild und den psychischen Gesammteindruck der Kranken, die beide vervollständigt werden können durch Berücksichtigung der persönlichen Verhältnisse, der Erwerbsverhältnisse, des Leumundes etc. Immer

müsse man bedenken, dass von Bewusstseinszuständen abhängige Krankheitssymptome ganz andern Regeln unterworfen sind, als anatomisch bedingte, dass also Unbeständigkeit gewisser Symptome und Neigung der Kranken zu sichtlicher Uebertreibung kein Recht giebt, an der Realität der Krankheit zu zweifeln.

Bezüglich des Verhaltens der Aerzte bei Gewährung der Rente empfiehlt der Vortragende möglichste Zurückhaltung, weil gerade in dem Zwange zu Wiederaufnahme der Arbeit und in der dadurch allein bedingten Willenskräftigung das einzig wirksame Heilmoment gelegen ist. Der Hauptgrund für die ungünstige Prognose und die Schwierigkeit der Behandlung liege in der oft jahrelangen Verschleppung der Entscheidung, während welcher die Krankheitszustände in das tiefste Sein der Patienten einzuwurzeln Zeit fänden. Durch ausgebreitete wissenschaftliche Einsicht in das Wesen der traumatischen Neurosen könne manchem späteren Uebel von vornherein vorgebeugt werden.

Herr **Wernicke**-Breslau als Correferent glaubt der allgemeinen Uebereinstimmung Ausdruck zu geben, wenn er constatirt, dass sich der Name und Begriff der traumatischen Neurosen als ein glücklich gewählter und vorläufig unentbehrlicher herausgestellt hat. Das Verdienst Oppenheim's und des Herrn Vorredners in dieser Beziehung sei unbestreitbar. Der Begriff Neurose sei aber nicht ganz feststehend. Im Allgemeinen verstehe man unter Neurose ein functionelles Nervenleiden im Gegensatze zu einem organisch begründeten, obwohl für das erstere doch auch eine organische Grundlage angenommen werden müsse, diese sei aber bis jetzt noch nicht gefunden; dass sie gefunden werde, daran zweifle er nicht, ist doch für manche früher für functionell gehaltene Neurose wie Tetanus, Epilepsie, die progressive Paralyse — Geisteskrankheiten gehören zu den functionellen Neurosen im obigen Sinne — eine organische Ursache gefunden und die Zahl der Neurosen dadurch eingeschränkt worden.

Am Beispiele des Fussklonus und des Patellarreflexes führt Referent dann aus, dass es fehlerhaft ist, die Symptome der Neurose und der organischen Läsion in einen absoluten Gegensatz bringen zu wollen; es sei deshalb falsch, gegen die Einreihung eines Krankheitsfalles zu den Neurosen zu polemisiren, vielmehr eine Spinalaffection als erwiesen hinzustellen, wenn einzelne Symptome einer Spinalerkrankung vorhanden seien.

Ausgehend von dem Stande der Sache, wie sie sich auf dem X. internationalen Congresse gestaltete, und nachdem er die Berechtigung Oppenheim's, den Begriff der traumatischen Neurose aufzustellen, anerkannt hat, präcisirt Redner seinen eigenen Standpunkt bezüglich des Begriffsgebietes und versteht unter den traumatischen Neurosen jede Art von Neurose resp. Neuropsychose, welche traumatischer Entstehung ist; er hat aber nichts dagegen einzuwenden, wenn man die Bezeichnung tr. Neurose auf die keiner anderen bestimmten Neurose zugehörigen oder die Mischformen zwischen den einzelnen Neurosen ausschliesslich anwenden wolle. Dieser sein Standpunkt sei der einzige, der der Sachlage vollkommen entspricht.

Man dürfe nicht den Thatsachen Gewalt anthun und sie in ein Schema, das sich später als unzureichend erweise, einpressen wollen. Dies geschehe nach seiner Meinung dadurch, dass man die tr. Neurosen eintheilen wolle in die 3 Gruppen von traumatischer Hysterie, traumatischer Neurasthenie und traumatischer Hystero-Neurasthenie, wie dies von Freund und Bruns geschehe. Ausser diesen Neurosen gäbe es noch andere; die Neurasthenie, die doch eine scharf begrenzte Krankheit sei, scheine allmählich ganz den Begriff Nervosität ersetzen zu sollen; die Reflexneurose scheine ganz aus dem Gebiete der traumatischen Neurosen verdrängt zu werden.

Der umstrittenste Punkt in der Frage sei die Theorie der Krankheitssymptome. Von seinem eklektischen Standpunkte aus könne von einer einheitlichen Theorie der Gesammtkrankheit nicht die Rede sein; dies sei nur möglich, wenn man auf dem Standpunkte des Herrn Vorredners stehe. W. wendet sich gegen die Ansicht Oppenheim's, die dieser zur Erklärung der Thatsache, dass manche Symptome der traumatischen Neurose in ihrem klinischen Gepräge von den Symptomen organischer Veränderungen der Centralorgane bedeutend abweichen, sich aufgestellt. Dies Abweichen hält W. für Uebertreibungen von Leuten, an deren wirklicher Erkrankung nicht gezweifelt werden könne. Diese Uebertreibungen sind theils bedingt durch die hypochondrische Verstimmung der Kranken, theils sind es bewusste Unwahrheiten.

Referent wendet sich dann gegen die Ansicht Charcot's und Strümpell's, die traumatischen Neurosen seien eine durch Trauma hervorgerufene Hysterie. Es komme dann darauf an, was man unter Hysterie verstehe. Er schliesse sich der Definition Jolly-Page's an, die freilich nur die sensible Seite der hysterischen Krankheitserscheinungen berücksichtige, und halte „Hysterie" für einen Sammelnamen. Die Definition Charcot's für Hysterie gilt nur für einen Theil, für die schweren Formen der Hysterie; wollte man sie gelten lassen, dann müsste man die leichteren Formen der Hysterie, die bei uns die häufigsten sind, als formes frustes ansehen. Die traumatischen Neurosen gehören aber nicht alle zur Hysterie, lasse man nun die Jolly-Page'sche oder die Charcot'sche Definition gelten. In längerer Ausführung begründet W. diese seine Anschauung.

Bei der Frage der Simulation kommt W. darauf zu sprechen, dass von manchen Untersuchungsmethoden eine gewisse Suggestivwirkung auf den Patienten untrennbar sei, wenn sie oft auch als Autosuggestion zu bezeichnen sei; Page, Charcot, Oppenheim nähern sich bedenklich dieser Ansicht und Albin Hoffmann führe sogar einen grossen Theil aller traumatischen Neurosen auf die Einwirkung der Unfallgesetzgebung zurück. Reine Simulation hat W. selten gefunden, Uebertreibung dagegen ungemein häufig. Manche Symptome können nur aus subjectiven Angaben der Kranken erschlossen, können deshalb simulirt werden z. B. auch die Gesichtsfeldeinengung. Dagegen schützen nur vervollkommnete Untersuchungsmethoden, durch die subjective Angaben den Werth objectiver Befunde erreichen können. Wenn objective Symptome vorhanden, dann ist natürlich Simulation ausgeschlossen. W. nennt dann einige bisher wenig gekannte Symptome. Verdacht auf Simulation soll man nie aussprechen; gelangt der Arzt nicht zur Sicherheit, hält aber Simulation für möglich, so sage er non liquet. Wenn dagegen Simulation erwiesen, soll man ohne Rücksicht den Simulanten entlarven; die Simulation solle gesetzlich mit Strafe bedroht werden.

Die Behandlung sei bald einzuleiten und unter möglichst günstigen hygienischen Verhältnissen fortzuführen. Die Hinschleppung des Entscheidungsverfahrens sei von ungünstigem Einfluss.

Die Frage, ob die erste Feststellung des Maasses der Arbeitsfähigkeit von jedem Arzte oder von beamteten Aerzten geschehen soll, entscheidet W. in ersterem Sinne; es müsse aber dann für bessere Vorbildung der Aerzte in der Neurologie und Psychiatrie gesorgt werden, dadurch, dass diese zu obligatorischen Prüfungsgegenständen gemacht würden.

In der Discussion spricht zuerst

Herr Hitzig-Halle: Er erläutert an einem Beispiele die schlimmen Folgen, die ein negativer Standpunkt des Arztes für den Patienten hat und die besonders in Sachsen, wo Seeligmüller agitirt, sehr häufig sind. Er betont, dass man traumatische Neurasthenie, Hypochondrie, Hysterie streng auseinanderhalten müsse. Die traumatische Hypochondrie ist eine echte und rechte Psychose; sie beschränkt sich auf die Organe der Apperception; die traumatische Neurasthenie ist eine Nervenschwäche; hat diese ihren Sitz in den Centralorganen, dann macht sie keine objectiven Symptome; sitzt sie in den peripheren Organen, dann sind objective Symptome deutlich. Die hysterische Form der traumatischen Neurosen tritt oft typisch auf mit zahlreichen objectiven Symptomen. Uebergangsformen zwischen diesen zeigen weniger ausgesprochene oder mehr verwischte objective Symptome. Letztere sind für die Diagnose zwar förderlich, aber nicht erforderlich.

Herr Bruns-Hannover vertritt den Standpunkt, dass man an dem Namen festhalten müsse; functionelle Nervenerkrankungen wie Chorea, Paralysis agitans, Morbus Basedowii, die auch zuweilen nach Trauma entstehen, gehören nicht zur traumatischen Neurose. — Simulation von Gesichtsfeldeinengung sei unmöglich. Man dürfe Keinen der Simulation verdächtigen, bei dem man nicht Simulation aller Symptome mit Sicherheit nachweisen könne.

Bestehen noch Krankheitserscheinungen, dann müsse der Patient entsprechend arbeitsunfähig erklärt werden. Bei zweideutigem Befunde sage man non liquet.

Herr Bäumler-Freiburg bezeichnet die Einführung des Namens „traumatische Neurosen" als Fortschritt und als Reaction gegen die frühere Auffassung, die die progressiven Folgen der Hirn- und Rückenmarkserschütterung als die Ursachen des Symptomencomplexes ansah. Später habe man es sich mit der Diagnose leicht gemacht; dass man jetzt wieder die traumatischen Neurosen trenne und weiter specialisire, sei ein Fortschritt. Die Diagnose sei zu stellen auf Grund umfassender Untersuchung unter Benützung aller Hilfsmittel, mit denen objective Symptome nachgewiesen werden könnten, zu diesen objectiven Symptomen gehören auch die in psychiatrischem Sinne so bezeichneten. Functionelle Erkrankung, also psychologisch bedingte, könne objective Symptome machen, so z. B.: Aenderung der Farbe des unthätigen Gliedes, Kleinerwerden der Gefässe desselben, auch Atrophie; das könnten aber auch Folgen von simulirter Bewegungslosigkeit sein. Es wäre wichtig, eine sorgfältige Statistik der Simulation zu bekommen.

Die Prognose müsse man den Kranken gegenüber günstig stellen, ein solches Vorgehen stelle schon einen Heilfactor dar; den Cassen gegenüber drücke man sich reservirt aus. Oeftere Untersuchung sei nicht zu umgehen.

Herr Sänger-Hamburg befürwortet das Bestreben, nach neuen objectiven Symptomen zu suchen. Der hauptsächlichsten eines sei die nervöse Asthenopie, die sich aber nicht nur bei den traumatischen Neurosen, sondern auch bei nervösen Schulkindern, erwachsenen Hysterischen und typischen Neurasthenikern findet. Zu ihr gehörte ausser der concentrischen Einengung des Gesichtsfeldes Blepharospasmus, Flimmern vor den Augen, Nebelsehen, Herabsetzung der centralen Sehschärfe. Dass Gesichtsfeldeinengung durch und während der Untersuchungen suggerirt werden könne, bezweifelt S., Beobachtungen, die dafür zu sprechen scheinen, beruhen auf Ermüdung des Gesichtsfeldes, letztere aber sei leicht zu erkennen.

Herr Hoffmann-Leipzig hält die traumatischen Neurosen für heilbar, besonders die neurasthenischen Formen derselben, und zwar hauptsächlich dadurch, dass die Patienten allmählich zum Arbeiten angehalten werden.

Herr Jolly-Berlin betont das regelmässige Vorkommen psychischer Symptome bei der Hysterie; diese gehöre zu den Geisteskrankheiten. J. wendet sich gegen Wernicke's Ausführungen, die besagten, Hysterie sei keine Geisteskrankheit, da Hysterische nicht unmündig seien. Hysterie sei gesteigerte Einbildungskraft, möge die Hysterie nun traumatischen oder anderen Ursprunges sein. Die gesteigerte Einbildungskraft führe zu bewusster Simulation von Symptomen; die Simulation schliesse aber Geisteskrankheit nicht aus, bestätige sie vielmehr. Die Bezeichnung „traumatische Neurose" sei keine glückliche, besonders der Singular des Wortes sei unzulässig. Die „traumatische Neurose" sei kein einheitliches Krankheitsbild, die scheinbar dafür sprechenden Mischformen kommen auch bei Neurosen auf anderer Grundlage vor. Der Name möge verschwinden, es solle der einzelne bestimmte Zustand genannt werden.

Herr Ziemssen-Wiesbaden: Die traumatische Neurose gehört in die Chirurgie, sie steht immer in Beziehung zum ursprünglichen Trauma, man finde nur nicht immer das Mittelglied. Therapie sei Massage!

Herr Lenhartz-Leipzig steht mit seiner Auffassung auf dem Standpunkte Strümpell's und Hitzig's. Er glaubt, dass die Neurosen vielfach durch die erste Behandlung grossgezogen werden, wenn die Leute hören, wie schwer sie verletzt werden und was noch nachkommen könne; man müsse die Aufmerksamkeit der Patienten von dem Unfalle abzulenken suchen und könne zum Theil dadurch die Entwickelung der Erkrankung verhindern. Einen grossen Einfluss auf die Entwickelung der Krankheit habe die Praedisposition: schlaffe Individuen, die viel in Baccho et Venere excedirt hätten, seien ein geeigneter Boden für die Entstehung der Neurosen. Wenn Herr Hitzig gesagt habe, in Sachsen seien viele Aerzte unter dem Einflusse Seeligmüller's dadurch, dass sie alle traumatischen Neurosen als Simulation bezeichneten, statt dass sie Helfer der Menschheit wären, zu Feinden derselben geworden, so müsse er diese Anschuldigung des ärztlichen Standes zurückweisen.

Herr Unverricht-Magdeburg: Es gelingt nicht immer Simulation von wirklicher Erkrankung zu trennen, besonders dann nicht, wenn man auf dem Standpunkte Strümpell's steht. Als Mittel zur Entlarvung benützt er die Chloroformumnebelung, bei der dann viele Symptome, z. B. die Anästhesie, die Paresen etc. schwinden. Als Kunstgriff zur Entdeckung simulirter Hemianästhesie empfiehlt er, den betreffenden Patienten in Bauchlage zu untersuchen, oft würden dann die Seiten miteinander verwechselt.

Herr Hitzig verwahrt sich gegen die letzten Ausführungen des Herrn Lenhartz; es lag ihm fern, den Aerzten einen Mangel an bona fides vorzuwerfen.

Herr Lenhartz entgegnet, die Aeusserung des Herrn Hitzig hätte so aufgefasst werden müssen, wie sie aufgefasst wurde; es sei bedauerlich, wenn den vielen Feinden der Aerzte aus so hohem Munde Hilfe zu kommen scheine.

Herr Schultze-Bonn: In seiner Klinik werden wenig concentrische Einengungen des Gesichtsfeldes gefunden. Für die diagnostische Verwerthung dieses Symptomes als pathognomonisch für die traumatischen Neurosen fehlten genügend grosse Untersuchungsreihen an Gesunden; es sei erst genau festzustellen, ob nicht geringe Einengungen des Gesichtsfeldes noch in die physiologische Breite fallen.

Bezüglich der Nomenclatur stellt er sich auf den Standpunkt Jolly's, der Collectivname möge schwinden, die einzelnen Formen genannt werden. — Man sei kein Feind der Menschheit, wenn man Simulation aufdecke; er wenigstens wolle nicht dazu gerechnet sein. — Im Uebrigen sei die Unterscheidung zwischen Simulation und traumatischen Neurosen schwer. Statt „objectives" Symptom sage man „objectivirendes", sich äusserndes Symptom, diese Bezeichnung schliesse dann auch die psychiatrischen Symptome ein.

Damit schliesst die Discussion.

Der Referent Herr **Strümpell** verzichtet auf das Schlusswort.

Herr **Wernicke** bespricht dann zum Schlusse die objectiven Befunde, die eine grosse Verschiedenheit zeigen, wenn man die Unterscheidung macht zwischen:

a) rein emotionellen Traumen ohne locale Verletzungen,

b) rein locale Traumen mit den Unterabtheilungen α) mit ausgesprochenen psychischen Erregungen (also mit a) zusammenhängend), β) ohne emotionelles Trauma.

Bei a) Gesichtsfeldeinengung und Hemianästhesie häufig, bei b), Affectionen, die sich in Bezug auf Zahl sehr verschieden verhalten in der Vertheilung auf die einzelnen Körpertheile, fehlen sie meist, bei β nahezu immer.

Schluss der Sitzung 12 Uhr 45 Min.

VI. Sitzung, 14. April 2½ Uhr Nachmittags.

Vorsitzender: Herr Immermann.
Schriftführer: Herr van Niessen.

Herr **Ewald**-Berlin berichtet über die Ergebnisse einer Untersuchung, welche in einem Falle von **Tetanie** angestellt wurde. (Autorreferat).

Es handelt sich um eine 26jährige Patientin, welche mit 18 Jahren zuerst menstruirt war und mit 20 Jahren eine normale Geburt hatte. Seitdem cessirten die Menses und trat an ihre Stelle ein meist nur einen Tag dauernder Anfall von Diarrhöe. Sie fühlte sich gesund und arbeitsfähig bis zum Februar 1892, als die Stühle häufiger wurden, bis zu 6—7mal täglich kamen und flüssige schaumige Entleerungen von gelber Farbe producirten, die ohne Leibschmerzen eintraten, aber ein grosses Schwächegefühl bewirkten. Anfang März 1892 war Patientin arbeitsunfähig, Ende März trat der erste Tetanieanfall auf, der 3 Tage dauerte. Dann trat im April und Mai je ein eintägiger Anfall auf, im Juni mehrere, ebenso im August, und dann kamen im September und November die Anfälle fast wöchentlich und dauerten zwischen 2—5 Tagen. Am 8. XI. wurde der letzte schwache Anfall beobachtet. Sie verliess Ende December das Hospital und hat während des Monats Februar 93 wieder eine Reihe von Anfällen gehabt, die sich insofern von den früheren unterschieden, dass sie zwar täglich auftraten, aber nur 12 Stunden dauerten. Die Anfälle, die wesentlich auf Arme und Hände beschränkt waren, Beine und Gesicht nur in geringem Maasse betrafen, waren mit allen Zeichen der classischen Tetanie verbunden. 2mal wurden die Anfälle durch Einführen des Magenschlauchs ausgelöst, später nicht mehr, und waren auch nicht durch Beklopfen der Magen- und Bauchgegend zu erhalten.

Die Patientin hatte dyspeptische Beschwerden, leichte Magenschmerzen und wiederholtes Erbrechen, aber eher eine verminderte wie gesteigerte Salzsäureabsonderung. Es bestand eine leichte Magenerweiterung, keine Gastroptose. Patientin war stark abgemagert und hatte in kurzer Zeit ca. 53 Pfd. verloren. Es hatten sich Chloasma im Gesicht und eine Alopecia unguium eingestellt. Die Stühle waren stets hellgraugelb resp. von der Farbe des Bildhauerthons; während der Diarrhöen waren sie wässerig, schleimig und schaumig, zu den anderen Zeiten dickbreiig, selten fest. Es fanden sich unverdaute Nahrungsreste, viel gelb gefärbte halbverdaute Muskelfasern, viel Fetttröpfchen und Fettsäurekrystalle, aber niemals Helmintheneier oder sonstige Abnormitäten.

Die Anfälle traten jedesmal auf, wenn der Stuhl fest oder breiig war, und liessen nach, wenn wieder diarrhöische Entleerungen kamen. Dieser Zusammenhang war so constant und typisch, dass die Kranke selbst darauf aufmerksam machte und der Gedanke sich aufdrängte, dass während der Diarrhöen ein Stoff aus dem Körper entfernt werde, der während der Stuhlretention in grösseren Mengen resorbirt werde und eine specifische Giftwirkung äussere. Es wurde deshalb eine chemische Untersuchung des Kothes und des Harns in dieser Richtung angestellt.

Dem Trockenkoth wurde durch Aether in 3 verschiedenen Proben 35, 40 und 38 Proc. des Gesammtgewichts entzogen. Im Aetherrückstand fanden sich nach entsprechender Behandlung fast ausschliesslich Fettsäuren, deren Schmelzpunkt der Palmitin- und Oleïnsäure entsprach.

Der Urin wurde zur Zeit des Anfalls, unmittelbar darnach und etwa 14 Tage später untersucht, und zwar wurden jedesmal 10 resp. 6 l nach den Brieger'schen Methoden auf Ptomaine bearbeitet. Aus den ersten und zweiten Harnmengen liess sich schliesslich aus dem Quecksilberchloridniederschlag ein alkoholisches Extract gewin-

nen, welches sämmtliche Alkaloidreactionen und eine Pikratverbindung, die sich in büschelförmigen Nadeln ausschied, ergab. Das Platin und Goldsalz war nicht erhältlich. Harn No. 3 sowie 2 Controlharne, von denen der eine von einem Fall schwerer peripherer multipler Neuritis, der andere von einer schweren traumatischen Neurose stammte, gaben, in derselben Weise bearbeitet, keine Reaction.

Thierversuche mit subcutaner Injection der wässerigen Extracte fielen negativ aus. Dies ist nicht zu verwundern und kann die Beweiskraft der chemischen Reactionen nicht umstossen, denn es hat sich um so geringe Mengen Substanz gehandelt, dass dieselben unter dem Schwellenwerth der physiologischen Wirkung waren, dagegen die sehr viel empfindlicheren chemischen Reactionen gaben.

Der Vortragende ist der Ansicht, dass in dem Fall von Tetanie durch mangelnde Darmverdauung ein Toxin entstanden ist, welches während der Durchfälle in zu geringen Mengen resorbirt wurde, um zur physiologischen Wirkung zu kommen. Erst wenn durch Stuhlverhaltung grössere Mengen desselben auf das Nervensystem einwirken konnten, brachen die tetanischen Erscheinungen aus. Sie konnten aber auch in der Zwischenzeit ausgelöst werden, wenn durch einen starken Reiz das sozusagen im labilen Gleichgewicht befindliche Nervensystem betroffen und der vorhandene latente Reizzustand über den Schwellenwerth hinaus gesteigert wurde.

Herr **Fleiner**-Heidelberg: Ueber die **Behandlung von Magengeschwüren und einiger von diesen ausgehenden Reizerscheinungen und Blutungen.** (An anderer Stelle dieser Nummer abgedruckt.)

Herr **Rosenfeld**-Stuttgart: Zur Behandlung des **tachykardischen Anfalles.**

Nach eingehender Darstellung des Verlaufes eines Anfalles kommt R. zu dem Schlusse, dass der tachykardische Anfall eine Neurose ist. Die Therapie erwies sich bisher als machtlos, Digitalis, die nur berechtigt ist bei Tachykardie in Folge organischer Herzfehler, ist dem paroxysmalen tachykardischen Anfalle gegenüber ebenso erfolglos wie Amylnitrit, Nitroglycerin, Morphium, Galvanisation des Nervus vagus, Abführmittel etc. Nothnagel konnte durch tiefe Inspirationen die Anfälle coupiren. R. hat eine Patientin, die sich auf folgende Weise selbst half: Nach einer tiefen Inspiration wird die Bauchpresse stark wirken lassen, die Schultern werden nach rückwärts gezogen und die Ellenbogen bei gebeugtem Vorderarm fest in die Seiten eingedrückt, der Athem wird angehalten und nach 50—60 Secunden ist der Anfall verschwunden. Diese Methode hat R. dann noch von anderen Patienten anwenden lassen und stets günstige Erfolge gehabt.

Herr Schott-Nauheim glaubt an die Möglichkeit eines Erfolges durch diese Behandlung, aber nur bei einem gewissen Procentsatz; andere Patienten machten eine andere Behandlung erforderlich, wieder bei anderen helfe gar nichts. Viel lässt sich oft durch psychische Behandlung erreichen. Die Prognose der paroxysmatischen Tachykardie sei, wie allgemein angenommen werde, keine günstige.

Herr **Trautwein**-Kreuznach: Ueber **Sphygmographie.**

Tr. giebt die Beschreibung eines neuen Sphygmographen, die in Kurzem nicht wieder wiederholt werden kann.

Herr Bruck-Nauheim zeigt Curven, die er mit einem von ihm neu construirten Sphygmographen aufgenommen hat.

Herr Bälz-Tokio hält den Zeigefinger für das beste Mittel, um die Eigenschaften des Pulses zu zerlegen, besonders werthvoll sei die Palpation der Arterie mit den Spitzen des Zeige- und Mittelfingers.

Herr **Edinger**-Frankfurt a./M. spricht über die **Bedeutung der Hirnrinde** und fasst die Anschauungen zusammen, zu denen er im Laufe der Jahre auf Grund pathologischer und namentlich auch vergleichend anatomischer Studien gekommen ist. Der Vortr. hat durch die Güte von Prof. Goltz in Strassburg Gelegenheit gehabt, das Gehirn des bekannten Hundes, welchem Goltz das Vorderhirn operativ entfernt hatte, zu untersuchen. Die an fast lückenlosen Schnittserien vorgenommene Untersuchung im Vergleich mit Serien vom normalen Hundehirn hat ergeben, dass dieser Hund in der That das ganze Vorderhirn verloren hatte. Nur ein kaum 3 mm breiter, 1 mm langer Rindenrest vorn an der Basis und ein Theil des rechten Ammonshornes dorsal über dem Thalamus waren eben noch nachweisbar. (Demonstration an Tafeln und Schnitten.) Rechts und links waren vom Thalamus ab die Hirntheile wieder erhalten, nur war links das Corpus geniculatum laterale durch den Schnitt verletzt und damit der linke Sehnerv zum Schwund gebracht worden. Die Untersuchung der Schnittserien ergiebt, dass die im Bereich des Zwischenhirnes noch massenhaft vorhandenen secundären Degenerationen aus dem Grosshirn einstrahlender Fasern im Mittelhirn an Zahl schon sehr gering geworden sind und im Rückenmark sich wesentlich auf die Pyramidenfasern beschränken. Die einzelnen Theile des Gesammtnervensystems sind eben Centren für sich, die mit weiter vorn liegenden Centren nur durch eine relativ geringe Faserung verbunden sind. Diese anatomisch im Wesentlichen selbständigen Apparate sind auch, wie die Physiologie zeigt, im Stande, bis zu einem gewissen Grade unabhängig von einander selbständig zu fungiren. Niemand hat bis jetzt gewusst, dass ein Säugethier sogar ganz ohne Vorderhirn leben und einen Theil der Functionen, wie der Goltz'sche Hund, ausführen kann. Dieser Hund war weder gelähmt noch ohne Gefühl, er konnte selbständig fressen, hatte gewisse Allgemeingefühle und war nicht absolut blind oder taub. Es ist aber nie nachweisbar gewesen, dass er irgend einen Sinneseindruck zweckmässig verwerthete, dass er je eine Erfahrung machte, nichts konnte ihn in Freude bringen und es war absolut unmöglich, in ein persönliches Verhältniss zu dem tief blödsinnigen Thiere zu treten. (Näheres s. b. Goltz, Pflüger's Arch. 1892.)

Redner hat schon 1887 nachgewiesen, dass die Hirnrinde in der Thierreihe erst bei den Reptilien in geordneter Form auftritt. Den Fischen fehlt sie noch völlig, bei den Amphibien ist sie nur angedeutet. Es nimmt das Rindenorgan noch innerhalb der Säugethierreihe an Ausdehnung fortwährend zu und mit ihm die zahlreichen intercorticalen Verbindungen, welche die Hauptmasse der Hemisphären ausmachen. Sicher ist zur Ausführung all der Functionen, die wir bei den erwähnten niederen Thieren kennen, die Existenz einer Hirnrinde nicht nöthig, wie das Schrader auch experimentell gezeigt hat. Es addirt sich vielmehr im Laufe der Thierreihe die Hirnrinde zu den tieferen Centren, in welche die Gefühlsnerven münden, aus welchen die Bewegungsnerven stammen. Diese Centren sind einer selbständigen Action fähig, aber es spricht Alles dafür, dass das, was man im Allgemeinen höhere psychische Fähigkeiten nennt, mit dem Auftreten einer Hirnrinde erscheint nnd von einer solchen getragen wird. Höhere Thiere, namentlich der Mensch, vollführen Vieles unter Zuhülfenahme der Rinde, was, wenn auch in anderer Weise, auch von den tieferen Centren geleistet werden kann. Bei dem Ausfall der Rinde nimmt die Fähigkeit der Erinnerungsbilder für die betreffenden Handlungen oder Empfindungen zu sammeln und zu verwerthen ab. Beim Menschen scheint die Inanspruchnahme der Rinde so intensiv und gewohnheitsmässig, dass er auch den Ausfall eines kleinen Rindenfeldes nicht ohne Störung der von diesem Rindenfelde getragenen Functionen ertragen kann. Die Reizversuche und die Thatsachen der Pathologie lehren, dass von der Rinde aus in bestimmter Weise die tieferen Centren zu Handlungen angeregt werden können. Redner steht in dieser Beziehung völlig auf der Seite der localisirenden Schule. Die wichtigen und so interessanten Versuche von Goltz stehen mit den Reizversuchen und der Pathologie keineswegs im Widerspruch. Sie lehren aber, dass in bisher ungeahnter Weise so hoch in die Säugethierreihe hinauf das Vorderhirn für zahlreiche Functionen noch entbehrlich ist, und zeigen, besser als es je bisher möglich war, dass es die höheren psychischen Functionen sind, die mit dem Untergang der Rinde verloren gehen.

Wenn die Rinde, wie wohl jetzt allseitig zugegeben wird, der Träger der höheren psychischen Functionen ist, so ist die Beantwortung der Frage von grossem Interesse, welchen Functionen jene zuerst in der Thierreihe auftretende Hirnrinde, diejenige der Reptilien dient. Es ist dem Vortragenden der Nachweis gelungen (Anatomischer Anzeiger No. 10, 1893), dass es sich hier um eine echte Ammonsrinde handelt, die ganz vorwiegend oder ausschliesslich durch Faserzüge (Riechstrahlung) mit dem Riechapparat verbunden ist. Er zieht daraus den Schluss, dass die ersten höheren psychischen Functionen, welche in der Thierreihe auftreten, solche sind, die der Verwerthung des Geruchsinnes dienen.

Herr **Rosenfeld**-Breslau: Ueber **Phlorhizinwirkung.** Bei Hunden, die nach einigen Carenztagen mit Phlorhizin behandelt wurden, fand sich in der Leber Fett in der Menge von 25—75 Proc. Diese Ablagerung von Fett in der Leber beruht nicht auf einer Fettdegeneration der Leberzellen, sondern auf Fettinfiltration, was aus folgenden Beobachtungen hervorgeht:

1) Die Leberfunction ist nicht gestört, die Gallenabsonderung geht ruhig fort.

2) Das Fett verschwindet wieder von selbst, ohne dass Aenderungen in der Zelle persistiren; die Fettansammlung tritt nicht auf, wenn nur Fleisch oder Zucker verfüttert wird; das angesammelte Fett verschwindet um so rascher, je mehr Fleisch oder Zucker verfüttert wird.

3) Das Fett verschwindet nicht, wenn Fett verfüttert wird. Der Fettansatz in der Leber wächst mit der Menge des verfütterten Fettes.

Eine Erklärung dieser höchst interessanten Vorgänge gab der Vortragende nicht.

Herr **Mendelsohn**-Berlin: Zur Therapie der **harnsauren Diathese.**

Lithion carbonicum und Piperazin haben im Organismus keine harnsäurelösende Wirkung, da sie zerlegt werden in Körper, denen harnsäurelösende Eigenschaften fehlen. Besser als Medicamente wirken Mineralwässer, am besten hat sich aber dem Vortragenden ein neues Mittel bewährt, das Uricedin, das zwar direct Harnsäure nicht löst, nicht alkalisch ist, das aber dem Harne harnsäurelösende Wirkung verleiht. Es kann ohne störende Nebenwirkungen in ziemlich grossen Dosen gegeben werden und besitzt so genügend Eigenschaften, um neben den Mineralwässern zu gehöriger Geltung zu kommen.

Herr Badt-Bad Assmannshausen theilt in längerer Ausführung mit, dass und wie er seine an Harnsäurediathese leidenden Patienten individuell behandelt und empfiehlt zum Schlusse warm das Assmannshäuser Wasser.

Herr v. Mering-Halle empfiehlt dem Vorredner, seine Patienten nicht individuell zu behandeln, sondern lieber sich an die Schablone zu halten, nach der man Leuten mit harnsaurer Diathese Fleischkost geben solle; bei Fleischkost werde viel Harnstoff gebildet, dem harnsäurelösende Eigenschaft in hohem Maasse zukommt.

Er erinnert daran, dass man in dem Bestreben, den Harn alkalisch zu machen, nicht zu weit gehen dürfe, alkalischer Urin mache gerne Blasensteine; er habe einem Hunde einen 0,5 g schweren Uratstein in die Blase gebracht, den Harn alkalisch gemacht und so ein Wachsen des Steines auf 1 g im Verlaufe von 5 Wochen verursacht.

Herr Pfeiffer-Wiesbaden giebt seiner Freude Ausdruck, dass seine Ansichten über das Wesen und die Bekämpfung der Harnsäurediathese Bestätigung finden.

Herr Rosenfeld-Breslau: Nicht die Harnsäurelösung sei die Hauptsache, sondern die Herabsetzung der Harnsäurebildung; letzteres geschehe durch die Mineralwässer.

Schluss der Sitzung 5 Uhr 50 Min.

VII. Sitzung, 15. April, 9 Uhr Vormittags.

Vorsitzender: Herr Immermann.
Schriftführer: Herr Sittmann, Herr van Niessen.

Herr **Quincke**-Kiel: Zur **Pathologie der Harnsecretion.**

Setzt man die normale stündliche Harnsecretionsintensität am Tage gleich 100, dann ist sie in der Nacht 50—57.

Diese Zahlen ändern sich in pathologischen Verhältnissen. Es wächst dann die Zahl der Nachtsecretionsintensität und man bekommt dann Verhältnisse wie 100 : 125, 116, 85, 166, 127, 145, 186. Dies Verhalten wird constatirt bei Bettlägerigen, besonders bei Herz- und Nierenkranken. Ursache dieser nächtlichen Polyurie ist die Ruhe, das Fortfallen körperlicher Reize und der Schlaf, Verlangsamung des Stoffaustausches und des Wasserumlaufes. Mit der nächtlichen Polyurie sinkt das specifische Gewicht, aber nicht in dem Maasse, wie die Menge steigt.

Herr **Fliess**-Berlin: Die **nasale Reflexneurose.**

Es existirt ein wohlgeschlossenes Symptomenbild, begründet in einer Erkrankung der Nasenschleimhaut, die nasale Reflexneurose, das in folgende Gruppen zerlegt werden kann (jedes Zeichen sehr vieldeutig, erst beweisend, wenn typisch zusammentreffend):

a) Kopfschmerz und Migräne (bei mehr als der Hälfte aller Fälle), Schwindel, Congestion, Intoleranz gegen Alkohol etc.,

b) Gruppe neuralgischer Beschwerden (Brustbein-, Schulterblatt-, Intercostalschmerzen, Magenneuralgien),

c) gestörte Organ-Functionen (Magenbeschwerden, Herzklopfen bis zum Asthma, Uterusstörungen, Dysmenorrhoe, Aborte).

Charakteristisch gemeinschaftliches Auftreten und gemeinschaftliches Verschwinden bei Bepinselung der Nasenschleimhaut mit Cocaïn. Der Sitz der Erkrankung ist meist auf den Schwellkörpern, die dann die Nasenscheidewand berühren.

Formes frustes kommen in seltneren Fällen vor, häufigere Constatirung dieser Formen beruht auf Beobachtungstäuschung.

Die pathologischen Veränderungen sind entweder organisch, dauernd oder functionell, periodisch. Erstere oft Ueberbleibsel von Infectionskrankheiten (Scharlach, Masern, Diphtherie, Influenza), chronisch-entzündliche Processe, chronische Schwellung der Schleimhäute, seltener Eiterung und Knochencaries. Die zweite Ursache meist vasomotorische Störungen, die Folgen allgemeiner nervöser Störungen, besonders der Neurasthenie, diese nur heilbar durch ätiologische Behandlung der Neurose. Die Neurasthenie ist nach Fliess' Ansicht specifisch bedingt durch sexuellen Missbrauch. Es bestehen ja auch vielfache Beziehungen zwischen der Nase und den Genitalien, besonders bei Frauen: beide haben Schwellkörper — vicariirende Menstruation, Anschwellen der Nasenmuscheln bei Menstruation, Abort bei operativen Eingriffen an der Nase etc., aber auch bei Männern, wofür F. casuistische Beispiele anführt.

Herr **Hildebrand**-Elberfeld: **Ernährung mittels eines geruch- und geschmacklosen Albumosenpräparates.**

Das von H. demonstrirte Präparat ist fast vollständig frei von Kühne'schem Pepton, besteht fast nur aus Albumosen, (84—86 Proc. mit 13,5 Proc. N.) wird dargestellt von den Elberfelder Farbenfabriken von Bayer. Fütterungsversuche an Thieren ergaben, dass das Präparat allein das Eiweissbedürfniss des Organismus zu befriedigen vermag. Albumosen sind also im Stande, als Sparmittel für das Körpereiweiss einzutreten. Bei subcutaner Injection 10proc. Lösungen in Kochsalzwasser trat keine Localreaction und keine chemotaktische Wirkung auf. Buchner, der Chemotaxis fand bei Injection von Hemialbumosen, hatte alle Hemialbumosen in Mischung, während H. ein reineres Präparat hatte; es haben also nur ein Theil der Hemialbumosen chemotaktische Wirkung. Subcutane Injectionen haben auch Nährwerth und eröffnet sich der Ernährung bei Magen- und Darmerkrankung eine neue Aussicht bei der subcutanen Injection des Mittels.

Herr **Baelz**-Tokio: **Das heisse Bad in physiologischer und therapeutischer Hinsicht.**

B. hat seit 16 Jahren heisse Bäder 2 mal wöchentlich manchmal 2 mal täglich genommen und in Japan ist es Mode, täglich, mindestens aber jeden 3. Tag heiss zu baden. In Tokio baden in den öffentlichen Anstalten täglich 3—400 000 Menschen bei einer Temperatur von 45° C. (Will die Badetemperatur in Celsius ausgedrückt haben, nicht wie jetzt in Réaumur, während die Bluttemperatur in C. angegeben wird.)

Folgen des heissen Bades sind besonders Steigen der Körpertemperatur, zuweilen auf 40—41°, bedingt durch Wärmeaufnahme, nicht durch Wärmestauung. Die Gefässe erschlaffen, verlieren ihre Elasticität; Sphygmographencurve wie bei Aorteninsufficienz. Pulsfrequenz steigt.

Eiweissumsatz (bestimmt nach Kjeldahl) ist nicht vermehrt. Das heisse Bad schwächt nicht, sondern erfrischt, besonders im Sommer nach grossen Gebirgsmärschen; es verweichlicht nicht. Die Erkältungsgefahr fehlt vollständig bei dem heissen Bade, es ist vielmehr der beste Schutz gegen Erkältung; Erkältung ist nur zu fürchten bei warmen Bädern (Bluttemperatur und darunter). Das heisse Bad verursacht länger (10—15 Minuten) dauernde Lähmung der Hautgefässe, diese reagiren also nicht mehr auf äussere, z. B. Kältereize, der Arterienreflex fehlt; Erkältung nach heissen Bädern erst

dann möglich, wenn die Gefässlähmung vorüber gegangen; dann sind die Leute aber schon angezogen oder in ihrer Wohnung. In dem heissen Bade findet Resorption gewisser Stoffe statt z. B. salicylsaures Natron, nie Eisen. B. hat das Praeputium, den Anus, den Nabel, alle Oeffnungen des Körpers, die in das Wasser kommen, mit Wachs verstopft, um von diesen aus die Aufnahme zu vermeiden und einem bekannten Einwande zu begegnen.

Vor dem heissen Bade muss der Kopf mit heissem Wasser übergossen werden, um Gehirnanämie zu vermeiden. Dann badet man sitzend und verlässt das Bad beim Eintreten von Congestionen nach dem Kopf.

Das heisse Bad ist ein ableitendes Mittel, ist also indicirt bei Capillärbronchitis und Lobulärpneumonie. Es hat sich da nahezu als ein Specificum erwiesen in der Anwendung von täglich 3–4 Vollbädern und einer Temperatur bei Kindern von 40—42° C.; bei hoher Körpertemperatur begnügt man sich mit Halbbädern. Andere Erkrankungen, bei denen das heisse Bad gute Erfolge gezeigt hat, sind Rheumatismus, Nephritis; ebenso wird es angewendet bei Beginn der Menstruation, wenn dieselbe mit Uteruskoliken verbunden ist.

B. empfiehlt die Einführung der heissen Bäder in Deutschland für Arbeiter, die dadurch Wärme sparen, als Volksbäder. Der Vortragende macht dann noch Mittheilungen über das berühmte Bad von Kusatsu, das Schwefelsäure und Salzsäure enthält, und in dem die Japaner bei 54° C. (!) 5 mal im Tage je 3 Minuten lang baden. Nach 6 Tagen tritt ein Exanthem auf wie bei Gebrauch der Autenrieth'schen Pustelsalbe; dieses Exanthem trotzt jeglicher Therapie, endlich, aber erst nach langer Zeit, tritt Spontanheilung ein.

Wirkung dieses Bades hervorragend bei chronischem schwerem Rheumatismus, bei Gicht und hartnäckiger Lues; Kusatsu ist der einzige Ort, in dem Lepra geheilt wird.

Auf Aufforderung Leyden's giebt B. eine Erklärung der Einrichtung der japanesischen Volksbäder.

v. Leube fragt, ob denn in Japan die Apoplexie nicht sehr häufig sei.

Bälz widerräth atheromatösen oder aus belasteten Familien stammenden, mit Angina pectoris, Klappenfehlern behafteten Individuen das heisse Bad; solche Individuen sollen mit der Temperatur des Wassers nicht über 42° C. hinausgehen.

Herr **Balser**-Köppelsdorf: **Winter-Seereisen im Süden.**

B. berichtet über eine Seereise nach Colombo auf Ceylon, nach Hongkong, über das Hochland von Java, von da über Ceylon zurück nach Genua, die er mit einem Patienten machte. Vom 7. XII bis 7. IV. war er mit dem Patienten tagsüber immer in Luft; die höchste Temperatur hat 30° C. im Schatten nie überstiegen. Sturm nur an 8 Tagen von 69.

B. empfiehlt demnach diese Seereisen besonders für Lungenkranke und Nervöse.

(Schluss folgt.)

XXII. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Berlin, 12—15. April 1893.

(Originalbericht von Privatdocent Dr. Hoffa in Würzburg.)

(Schluss.)

Schluss des II. Sitzungstages.

Herr **Schede**-Hamburg demonstrirt seinen, dem Hoffa'schen sehr ähnlichen Redressionsapparat für schwere Skoliosen.

Herr **Stenzel**-Cüstrin hat in einem Falle von Abreissung der Tricepssehne ohne Knochenstück das Olecranon abgelöst, die Olecranonspitze vorgelagert und dann nach 4 Wochen die Sehnennaht mit vollem Erfolg ausgeführt.

Herr **Schlange**-Berlin demonstrirt einige Patienten mit angeborenem Hochstand der Scapula (siehe den Aufsatz von Bolten aus der Hoffa'schen Klinik in dieser Wochenschrift).

Herr **Hildebrand**-Göttingen: **Die Behandlung der Spina bifida.**

In ausführlichem Vortrag legt Hildebrand zunächst die pathologisch-anatomische Grundlage der Spina bifida klar, indem er die Rhachischisis posterior, die Myelocele, Myelocystocele und Meningocele unterscheidet. Von der Operation auszuschliessen sind alle Fälle mit Lähmungen. Die operative Eröffnung des Sackes ist das richtige Verfahren. Unter 13 von König in Göttingen operirten Fällen sind 10 geheilt, die letzten 8 ohne Ausnahme.

Herr **Schulze-Berge**-Oberhausen zeigt eine Patientin, die neben heftiger **Trigeminusneuralgie** auch an Tic douloureux litt. Der Vortragende dehnte in diesem Falle den Facialis und erzielte völlige Heilung, nachdem die Patientin früher schon wiederholt erfolglos mit Resectionen der Nervenäste behandelt worden war.

In der Discussion empfehlen v. Esmarch und Gussenbauer dringend bei Trigeminusneuralgie zunächst ordentlich Ricinusöl zu geben. Unter 10 Fällen heilen 9 bei dieser Medication in der Regel völlig aus.

Herr **Körte**-Berlin: Vorstellung eines Falles von **Choledochotomie** wegen Gallensteines. Körte hält nach seinen in 4 Fällen gewonnenen Erfolgen die directe Incision des Choledochus für sehr empfehlenswerth. Riedel-Jena ist ebenfalls dieser Ansicht und erläutert die Art und Weise, wie er den Choledochus freilegt.

III. Sitzungstag.

Herr **Krukenberg**-Halle a./S.: Demonstration von Apparaten zur **Behandlung von Gelenkcontracturen.**

Krukenberg hat nach dem von ihm in die Behandlung der Gelenkcontracturen eingeführten Pendelprincip für sämmtliche Gelenke höchst praktische Apparate construirt. Ein für die Rotation des Hüftgelenks construirter Apparat ergab die merkwürdige Erscheinung, dass nach wenigen Uebungen die Stauungsödeme der unteren Extremität verschwanden, eine Erscheinung, die sich anatomisch durch ein Ventilsystem der Cruralvene an der Fascie im Hunter'schen Canal erklärt.

Herr **Barth**-Marburg: **Nierenbefund nach Nephrotomie.**

Die von einer 4 Wochen nach der Nephrotomie gestorbenen Patientin stammenden schönen Präparate ergeben im oberen Theil der Niere vollkommene glatte Vernarbung, im unteren Pol einen keilförmigen, nekrotischen, über wallnussgrossen Herd, einen Infarct, der auf eine Arterienthrombose zurückzuführen ist. Nach Injectionspräparaten ist die Wahrscheinlichkeit der Verletzung grösserer Arterien beim Radiärschnitt durch die Niere grösser als beim gewöhnlichen Sectionsschnitt; Barth tritt deshalb lebhaft zu Gunsten des letzteren ein.

Herr **Kümmell**-Hamburg: Zur **Resection der Nieren.**

Kümmell hat mit Glück grössere Keile aus der Niere entfernt, bis zur Hälfte des Parenchyms, und glaubt, auf Grund seiner 4 genesenen Fälle (Nierenabscess, vermutheter Nierentumor, Echinococcus, Pyonephrose), in denen er grosse Stücke resecirte, die Resection eines Theiles des Nierengewebes als berechtigte Operation hinstellen zu dürfen.

Bloch-Kopenhagen bemerkt, dass er bei einem vermutheten Nierentumor die probatorische Nephrotomie mit Resection eines Stückes und Heilung per primam gemacht hat.

Herr **Schede**-Hamburg: Demonstration von Präparaten zur Illustration des Nutzens der versenkten **Drahtnaht bei Laparotomien und bei der Radicaloperation von Unterleibsbrüchen.**

Schede empfiehlt bei Laparotomien den Schluss der Recti durch versenkte Drahtnähte zu machen, die, wie die vorliegenden Präparate beweisen, tadellos einheilen. Sch. hat diese versenkte Drahtnaht auch bei sämmtlichen Radicaloperationen der Hernien (270 Fälle) mit demselben vorzüglichen Erfolg verwandt. Er erhielt dadurch nur 6 Proc. Recidive gegen etwa 25 Proc. der früheren Zeit.

In der Discussion äussert Herr Kraske-Freiburg principielle Bedenken gegen die Einlegung von Fremdkörpern bei der Radicaloperation und empfiehlt als ein von ihm erprobtes Verfahren zur Heilung der Leistenbrüche die Vorlagerung eines Periost-Knochenlappens aus dem Schambein vor die Bruchpforte. Er hat damit gute Erfolge erzielt.

Herr Trendelenburg-Bonn hat ebenfalls Periost-Knochenlappen zum Verschluss der Bruchpforte verwendet, aber doch Reci-

dive gesehen. Er räth, das Verfahren besonders für Schenkelhernien zu verwerthen.

Herr **Haasler**-Halle a. S.: Ueber **Darmresection wegen Invagination** mit Demonstration von Patienten und Präparaten.

H. berichtet über 2 Fälle aus der v. Bramann'schen Klinik, in denen grössere Darmstücke entfernt wurden. Der eine, ein multiples Darmcarcinom, ist geheilt seit einem Jahr, bis jetzt ohne Recidiv.

Herr **Schimmelbusch**-Berlin: **Zur Deckung von Trachealdefecten.**

Sch. stellt zwei Kinder vor. In dem einen Fall war nach Tracheotomie bei Diphtherie (ausserhalb der Klinik gemacht) ein grosser Defect im vorderen Theil der Trachea und Ringknorpel mit starker Trachealstenose zurückgeblieben. Patientin spricht trotz des Defectes laut und deutlich. Nach Beseitigung der Stenose durch Lösung der Narben ist noch ein rinnenförmiges Loch vorhanden, das Patientin durch Senken des Kopfes mit dem Kinn verschliesst und so eine laute Sprache ermöglicht. Der zweite Fall betraf einen noch grösseren Defect, Verlust des Ringknorpels und sämmtlicher Trachealringe bis zum Sternum herab. In diesem Falle hat Schimmelbusch nach Beseitigung der Stenose durch Excision der Narben und Verschiebungen der Haut den Defect durch einen Periostknochenlappen aus dem Sternum gedeckt und hiemit ein sehr gutes Resultat auch in functioneller Beziehung erreicht; Pat. spricht laut und deutlich, wenn auch mit etwas heiserem Anklang.

Herr **v. Eiselsberg**-Wien: Ueber **vegetative Störungen nach Schilddrüsenexstirpation bei Schafen.**

v. E. hat einen neuen Beweis für das thatsächliche Auftreten der Cachexia strumipriva durch schöne experimentelle Untersuchungen geliefert. Er hat 2 Lämmern desselben Wurfes die Schilddrüse exstirpirt; ein 3. Lamm, ebenfalls von demselben Wurf wurde als Controlthier mitgehalten. Die beiden operirten Lämmer blieben stark im Wachsthum zurück. Nach 6 Monaten wog das Controlthier 35 Kilo, die operirten 14 und 10 Kilo. Das letztere Schaf zeigte ganz auffallende Veränderungen; der Vorkopf ist kurz, der Hinterkopf mächtig aufgetrieben, die Hörner vollkommen atrophisch, das Abdomen spitz; über dem Herzen ist ein schnurrendes Geräusch zu hören; dabei auffallende Ungeschicklichkeit. Das zweite operirte Schaf zeigte keine so grosse Wachsthumsstörung, doch trat ebenfalls eine auffallende Umbildung des Schädels ein. Die Section ergab bei diesem letzteren das Vorhandensein einer accessorischen Schilddrüse, bei dem anderen keine solche.

Herr **v. Eiselsberg**-Wien: **Zur Kenntniss der Strumametastasen.**

v. E. verweist auf Tumoren namentlich des Knochensystems, deren mikroskopische Untersuchung die Bilder des Adenoms der Schilddrüse ergiebt, und welche als Metastasen von Strumen aufzufassen sind, wenn auch häufig von der Schilddrüse selbst keine auffallenden Störungen ausgehen. In einem von ihm beobachteten Fall handelte es sich um einen faustgrossen, langsam gewachsenen Tumor der knöchernen Schädeldecke. Die histologische Untersuchung ergab ganz das Bild, wie es dem Adenom der Schilddrüse eigenthümlich ist; die Schilddrüse selbst war dabei normal. 4 Jahre blieb der Patient gesund, dann entstanden in der Narbe 4 kleine Recidive.

Kraske, Riedel und Gussenbauer haben ähnliche Fälle beobachtet.

Herr **Brunner**-Zürich: Ueber **Wunddiphtherie.**

Br. hat aus 2 Fällen hartnäckig eiternder Wunden, in welchen eine directe Infection von genuiner Diphtherie so gut wie ausgeschlossen war, den Löffler'schen Bacillus neben Streptococcen und Staphylococcen gefunden und in Reincultur gezüchtet; das Thierexperiment gelang bei Mäusen und Tauben, nicht aber bei Meerschweinchen.

Herr Pfuhl-Berlin hält dafür, dass es sich um die Pseudodiphtheriebacillen gehandelt habe, da der Löffler'sche Bacillus Meerschweinchen sicher tödtet.

Herr **Neuber**-Kiel: **Asepsis und künstliche Blutleere.**

N. empfiehlt, da die Gummibinden nicht gut zu sterilisiren sind, die Einwickelung zur künstlichen Blutleere mit feuchten 5 cm breiten, 3 cm langen Leinwandbinden vorzunehmen, die sich ihm als vollkommen genügend erwiesen, um die Circulation aufzuheben.

Herr Bardeleben-Berlin theilt mit, dass er die Leinwandbinde, die er aber erst nach dem Umlegen zu befeuchten räth, schon vor Jahren als Ersatzmittel der Gummibinde für die Kriegschirurgie erprobt und empfohlen habe.

Herr **Messner**-München: Ueber die **Behandlung der Schenkelfracturen im Stehbett.**

M. hat ein verstellbares Bett construirt nach dem Princip des Stehbettes, das sich bei der Behandlung von Oberschenkelfracturen, Coxitis und Spondylitis mit Nutzen verwerthen lässt.

Herr **Schede**-Hamburg: Demonstration einiger Präparate von **Hüftgelenks-Resectionen.**

Sch. demonstrirt einige Präparate, die beweisen, dass bei seiner Methode der Hüftresection das abgerundete obere Ende der Femurdiaphyse eine feste Stütze in der Hüftgelenkspfanne findet.

König hatte dies früher bezweifelt.

Herr **v. Bramann**-Halle: Die Behandlung von **Schuss-Verletzungen des Abdomens.**

v. Br. kommt auf Grund einer grösseren Anzahl von Beobachtungen zu dem Schlusse, bei Schuss-Verletzung des Abdomens mit der frühzeitigen Laparotomie nicht zu zögern; namentlich ist die Laparotomie alsbald vorzunehmen, wenn die Kugel mit grosser Gewalt eingedrungen ist.

Herr **Körte**-Berlin demonstrirt einige interessante **Knochenpräparate**, die sich vorzüglich auf die Frage der Heilung intracapsulärer Schenkelhalsbrüche und die Frage der Function bei veralteten Kniescheibenbrüchen beziehen. Das erste Präparat wird von König und J. Wolff als vollständige Fractur des Schenkelhalses betrachtet. Das letztere Präparat bestätigt die bekannten Untersuchungen von Brunner über die Function des Beines bei stärkeren Pseudarthrosen der Patella.

Herr **Sonnenburg**-Berlin: Ueber **Knochenplomben.**

Sonn. hat im Anschlusse an die Mittheilungen Dresmann's aus der Trendelenburg'schen Klinik durch seine Assistenten G. Meier und Kanon sehr interessante Thierversuche über Plombirung des Knochens machen lassen und hat dann die Plombirung auch beim Menschen angewandt. Als bestes Material erwies sich Kupferamalgam, das ohne Reize und Giftwirkung einheilt, und nebenbei, wie zahlreiche bakteriologische Versuche erwiesen, antiseptisch wirkt. Das Instrumentarium ist dem der Zahnärzte nachgebildet. Grosses Gewicht ist auf die Technik zu legen.

Herr **Bork**-Rostock: Ueber **Zerreissung des Kniegelenks-Zwischenknorpels und die operative Behandlung des Leidens.**

B. berichtet über einen Fall von sogenanntem dérangement interne. Die Operation ergab eine Einklemmung des abgerissenen vorderen Drittels des Meniscus. Der abgerissene Theil wurde resecirt und complete Heilung erzielt.

Lauenstein-Hamburg bemerkt, dass er ganz analoge Fälle beobachtet habe.

Herr **v. Bramann**-Halle: **Heilung grosser Weichtheil- und Hautdefecte der Extremitäten mittelst gestielter Hautlappen.**

v. Br. stellt mehrere Patienten vor, in denen er nach der Methode von Maas ausgedehnte Defecte der Haut, die an den oberen und unteren Extremitäten durch Maschinenverletzung entstanden waren, durch grosse Lappen vom Thorax und der gesunden Extremität bis zu 30 cm Länge und 15 cm Breite gedeckt hat.

IV. Sitzungstag.

Herr **Schimmelbusch**-Berlin: **Desinfection von Wunden.**

Sch. hat Mäuse mit Milzbrandbacillen und Kaninchen mit Streptococcen geimpft, und danach eine sehr geschickt angestellte grössere Versuchsreihe über die Desinfection der inficirten

Wunden gemacht. Zunächst wurde unmittelbar nach der Infection der frischen Wunde mit Sublimat irrigirt; trotzdem starben sämmtliche Thiere binnen 24 Stunden. Ebenso starben die Thiere nach Desinfection der Wunden mit 3 proc. Carbolsäure, 5 proc. essigsaurer Thonerde, Kreolin, Alcohol, 10 proc. Kalilauge, Essigsäure und concentrirte Kalilauge. Alle Versuche ergaben das Resultat, dass die Mittel, die im Reagenzglas eine ausserordentlich desinficirende Wirkung zeigen, dies auf der Wunde nicht thun.

Um nun die Geschwindigkeit zu prüfen, mit welcher die Infectionskeime vom Körper aufgenommen werden, wurde eine zweite Versuchsreihe unternommen, in denen der Schwanz, in welchem die inficirte Wunde gesetzt war, in bestimmten Zeiträumen nach der Infection amputirt wurde. Es ergab sich, dass sowie mehr wie 10 Minuten nach der Infection verstrichen waren, die Amputation nichts mehr half.

Aus diesen Versuchen, die im Einklang stehen mit älteren Versuchen französischer Forscher, ergiebt sich die Nothwendigkeit peinlichster Aseptik bei den Operationen.

Herr **Messner**-München: Ueber den **Durchbruch kalter Abscesse der Thoraxwandung in die Lungen resp. Bronchien.** (Der Vortrag erscheint in dieser Wochenschrift.)

Herr **v. Bramann**-Halle: Ueber **Körperemphysem nach Lungenruptur.**

v. Br. hat in einem Falle von enormem Körperemphysem nach Lungenruptur dadurch rasche Heilung erzielt, dass er eine Canüle mit ventilartigem Verschluss in den Pleuraraum einlegte. Die ganze Vorrichtung bestand einfach darin, dass er an ein stärkeres Drainrohr einen ganz dünnen Gummischlauch anbrachte, der wohl den Austritt der Luft gestattete bei der Inspiration aber sofort zusammenklappt. So erleichterte er die Thätigkeit der Lunge und verminderte die Ansammlung der Luft im subcutanen Gewebe.

Herr **Gleich**-Wien: **Beitrag zur operativen Plattfuss-Behandlung.**

Die nicht immer gleich günstigen Erfolge der Trendelenburg'schen Operation führten G. in Anlehnung an die pathologischen Veränderungen des Calcaneus zu einer neuen Operationsmethode. Er durchsägte den Calcaneus schräg von hinten oben nach vorn unten, verschob das hintere Stück eine Strecke weit nach unten und liess es so anheilen. Dadurch stellt sich wieder ein neues Fussgewölbe her. Um die Pronation des Fusses zu beseitigen, verschiebt G. gleichzeitig das hintere Stück gegen die Medianlinie. Die Operation wird vom Pirogoff'schen Hautschnitt aus ausgeführt. Sie hat in 3 Fällen zu guten Erfolgen geführt.

Herr **Jul. Wolff**-Berlin: **Vorstellung osteoplastischer Operationsfälle.**

W. hat zur Deckung eines Stirnbeindefectes nach Schussverletzung, und ebenso bei Rhinoplastik wegen Sattelnase, ferner bei einem Falle von habitueller Subluxation des Sternoclaviculargelenkes und bei einer Pseudarthrose der Tibia eine Modification der König'schen Methode ausgeführt, derart, dass er keinen Haut-Periost-Knochenlappen bildete, sondern nur einen Periost-Knochenlappen. Dieser Periost-Knochenlappen wurde von der bedeckenden Haut losgelöst und einfach unter der unterminirten Haut verschoben. Die vorgestellten Fälle sind gut geheilt. Interessant ist es, dass man namentlich bei der Rhinoplastik mittelst solcher lediglich nach unten verzogener, nicht umgeklappter Knochenlappen sehr gute Resultate erzielen kann.

Herr **Barth**-Marburg: **Ueber histologische Befunde nach Knochenimplantation.**

B. kommt auf Grund seiner zahlreichen Versuche zu dem Resultate, dass eingepflanzte Knochenstücke, wenn sie auch einheilen, nicht lebensfähig bleiben. Ihre Kerne färben sich nicht mehr, das ist der sichere Beweis, dass sie nekrotisch werden. Dass sie sich nicht abstossen, rührt davon her, dass sie von neugebildeter Knochensubstanz gewissermaassen durchwachsen werden.

Herr Schmitt-München hat bei seinen Versuchen zwar ähnliche mikroskopische Bilder wie B. erhalten, ist aber mit der von B. gegebenen Deutung nicht einverstanden. Die Leser dieser Wochenschrift kennen ja die Ansicht von S. aus dessen kürzlich in derselben erschienenen Arbeit.

Herr **Borck**-Rostock demonstrirt ein **Präparat von Hernia obturatoria.**

Herr **Körte**-Berlin: **Ueber Gallenstein-Ileus.**

K. hat 3 Fälle von Gallenstein-Ileus operirt. Der Sitz der Einklemmung war 2 mal im Dünndarm, 1 mal in der Flexura sigmoidea. Die Steine waren nicht so gross, dass an eine mechanische Verlegung gedacht werden kann; man muss vielmehr einen reflectorischen Verschluss durch Reizung des Darmes von Seiten des Steines annehmen. Er empfiehlt Incision in der Längsrichtung des Darmes mit querer Vernähung.

Herr **Albert Köhler**-Berlin demonstrirt einen Fall von gleichzeitiger Resection im Hüft- und Kniegelenk, eine neue Verbandscheere, ein gelegentlich gefundenes aus zwei Theilen bestehendes Os naviculare und einen dicken eisernen Ring, der über den Penis geschoben war und nur durch Durchfeilung zu beseitigen war.

Herr **Arendts**-Kattowitz demonstrirt eine neue Trepanationssäge, die nach dem Princip der Kreissäge gebaut ist und eine grosse Sicherheit der Führung gestattet.

Herr **Wohlgemuth**-Berlin demonstrirt eine neue Tracheotomie-Canüle, die jedoch sehr complicirt gebaut erscheint.

Damit ist die Tagesordnung erschöpft und der Congress wird mit einem von Herrn **Lauenstein**-Hamburg auf den Vorsitzenden ausgebrachten, verdienten „Hoch" geschlossen.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 26. April 1893.

Herr **Grabower** spricht über einen Fall von **Tabes dorsalis,** bei welchem eine Posticuslähmung im Kehlkopf das erste Symptom war.

G. sah den Kranken vor 1¼ Jahren zum ersten Male. 41 jähriger Mann, hereditär nicht belastet, klagt über allgemeine nervöse Beschwerden. Ungleichheit beider Pupillen, theilweise reflectorische Pupillenstarre, sonst objectiv nichts für die Diagnose Verwerthbares. Untersuchung des Kehlkopfes ergab ausgesprochene Lähmung des rechten Posticus. Bei der Inspiration reichte das gesunde linke Stimmband ad max. nach aussen, während das rechte Stimmband nur eine ganz kleine Strecke, höchstens bis zur Cadaverstellung sich nach aussen bewegte und bei tiefster Inspiration in dieser Stellung verharrte. Bei der Phonation reichten beide Stimmbänder nach innen und legten sich genau in der Mittellinie aneinander. Sensibilität und Reflexerregbarkeit der Larynxschleimhaut erhalten, keine entzündliche Affection. Diagnose: Tabes. In letzter Zeit gesellten sich hinzu: Störungen in der Schmerzempfindlichkeit, verlangsamte Empfindungsleitung für Temperaturreize, ein vorerst nur auf ein kleines Gebiet beschränktes ataktisches Phänomen, Abnahme der Patellarreflexe auf einer Seite. Die Diagnose wurde also bestätigt.

Auf Grund dieses Falles forderte S., dass bei allen nervösen Erkrankungen das Kehlkopfinnere besichtigt werde und die Kehlkopfuntersuchung sich nicht bloss beschränke auf Fälle, wo Sprachstörungen vorliegen; denn einseitige Posticuslähmungen können Jahre lang ohne alle Beschwerden bestehen. Andererseits ist eine frühzeitige Diagnose der Tabes deshalb von Werth, weil man dann durch Quecksilberbehandlung das Fortschreiten des Processes verhindern könne.

Herr **Freyhan: Klinische Beiträge zur hypertrophischen Lebercirrhose.**

F. schliesst sich der Anschauung Rosenstein's an, nach welcher die atrophische und die hypertrophische Lebercirrhose zwei verschiedene Krankheitsprocesse darstellen, während Stadelmann annimmt, dass beide nur verschiedene Stadien eines und desselben Processes sind. F. hat 9 Fälle im Krankenhause Friedrichshain beobachtet. Er bespricht ausführlich den deutlichen Unterschied zwischen den beiden krankhaften Processen: verkleinerte Leber, Ascites, Fehlen von Icterus auf der einen, vergrösserte Leber, kein oder nur geringer Ascites, intensiver mit gefärbten Stühlen einhergehender Icterus auf der anderen Seite. Zu bemerken sei, dass Lebercarcinom der

hypertrophischen Cirrhose täuschend ähnlich sieht; nur seien bei ersterem keine gefärbten Stühle vorhanden; ferner schütze das Alter vor Verwechselungen, Cirrhose im zweiten bis dritten Decennium, Carcinom in höherem Lebensalter. — Auch F. fand, dass der Alkohol das wesentlichste ätiologische Moment darstellt; es fand sich bei 9 Fällen achtmal. Eine bacilläre Cirrhose werde zu Unrecht von manchen Autoren statuirt.

Herr **Theodor Landau: Zur Technik der Uterusexstirpation.**

L. bespricht eine neue Methode der Uterusexstirpation ohne Zuhilfenahme von Naht und Ligaturen. Er gibt zunächst einen interessanten historischen Ueberblick der Operation, aus dem hervorgeht, dass schon vor 40 Jahren Sanitätsrath Reichenheim aus Magdeburg ein eigenes Instrument erfunden hat, welches die Form einer Geburtszange hatte, womit der Uterus herabgezogen wurde; mit Blutstillung hat sich R. nicht viel abgegeben, nach ihm genügte die Torsion. Er hatte aber die Blutungen selbst unerheblich gefunden, weil „die Gefässe sich von selbst zurückzogen". Seine Patienten starben sämmtlich. Er rieth aber, die Versuche fortzusetzen, weil eben das Chloroform aufgekommen war. In der Folgezeit wurde eine grössere Reihe von Operationen von keinem Operateur mehr vollzogen; es kamen nur vereinzelte Fälle vor, aber auch diese mit unglücklichem Ausgange, so dass Hegar im Jahre 1874 in der ersten Auflage seines Lehrbuches sagen konnte: dass die Operation keine Indication mehr fände und nicht ausführbar sei. Freund hat das grosse Verdienst, die Operation mit seiner Methode wieder in's Leben gerufen zu haben (1878), die Mortalität betrug aber, trotz aller Verbesserungen, wie die Bardenheuer'sche Drainage, noch 70 Procent. Czerny schlug nun (1879) wieder den alten Weg ein, den vor ihm schon Struve, Sauter, Recamier gegangen waren: er ersetzte die Laparohysterektomie durch die Colpohysterektomie. Der besondere Vortheil dieser Methode bestand darin, dass das Bauchorgan nicht bloss gelegt wurde, dass man das Kranke besser übersehen und unterscheiden konnte, und thatsächlich hat das Verfahren, das, was noch mehr werth ist, gerade in der allgemeinen antiseptischen Begeisterung aufgenommen wurde, vortreffliche Ergebnisse geliefert. Ein ganz neues Verfahren verdanken wir Péan, der bezüglich der Blutstillung die liegenbleibenden Klammern empfohlen hat. Richelot's Verdienst besteht darin, dass er den systematischen Gebrauch der Klammern, nicht bloss in schwierigen Fällen, sondern in jedem Falle, eingeführt hat. Eine weitere principielle Neuerung, welche wir gleichfalls Péan verdanken und mit der Blutstillung nur indirect etwas zu thun hat, besteht darin, dass er empfiehlt, die Gebärmutter nicht auf einmal, sondern Stück für Stück durch „Morcellement" in geeigneten Fällen total zu exstirpiren. Das Péan'sche Verfahren trat dann die Reise durch die Welt an und wurde in der Schweiz zuerst von Peter Müller, in Deutschland 1888 von Leopold Landau aufgenommen. Bezüglich der Sicherheit und der Wirksamkeit des Verfahrens sind die Stimmen der Gegner allmählich mehr und mehr verstummt; man streitet heute nur noch über die Indicationen, seitdem auf dem vorjährigen internationalen Gynaekologen-Congress in Brüssel Péan und Segond grosse Statistiken beibrachten, nach welchen sie nicht nur bei Myomen von mehr als Kindskopfgrösse, sondern auch bei Adnexerkrankungen mittelst der Colpohysterektomie Heilung erzielt habe, so dass dadurch der Laparohysterektomie eine ganz wirksame Concurrenz geschaffen wurde. L. bespricht nun seine in einer grossen Reihe von Fällen gemachten Erfahrungen. Das Verfahren ist nicht in jedem Falle das nämliche, sondern man muss scharf zwei Gruppen unterscheiden, je nachdem der Uterus frei beweglich herunterziehbar oder fixirt ist. In ersterem Falle wird der Uterus aus dem Beckenbindegewebe stumpf ausgeschält, so zwar, dass zunächst die Seiten, wo die Gefässe an den Uterus herantreten, gänzlich unberührt bleiben, bis der Uterus aus seiner Umhüllung frei ist. So ist es in der Mehrzahl der Fälle unnöthig, sich mit der Blutstillung aufzuhalten. Hat man den Uterus von vorne und hinten frei gemacht und das Peritoneum durchtrennt, so liegt er vor der Vulva, mit der Hinterfläche an die Symphyse angestemmt, von den beiden Ligg. latis wie an federnden Seilen nach oben, unten und hinten festgehalten. Dadurch, dass der Operateur und der Assistent durch Vorschieben der Finger die Ligamente umfassen, ist für die vorzuschiebenden Klammern eine sichere Bahn gegeben, bei der es unmöglich ist, irgend ein Nachbarorgan zu verletzen.

Ist der Uterus fixirt, sei es, dass es sich um Adnexerkrankungen handelt (Tubensäcke, Ovarialtumoren, Myome), sei es, dass carcinomatöse oder entzündliche Infiltrationen im Beckenbindegewebe vorliegen, so ist das Verfahren ein ganz verschiedenes. Es ist hier gefährlich, den Uterus herunterzuziehen; man muss in situ das „decollement" versuchen. Falsch wäre es hier ein oder zwei Pinces für Versorgung der Anhänge zu brauchen; man muss vielmehr eine Reihe von Pincetten mit kurzem Maul vorschieben. Das Verfahren ist hier nicht anders, als wenn man mittelst der Naht operirt, nur dass man nicht das Ganze, sondern jeden einzeln Theil mit einer Klammer versorgt. Sollte es unmöglich sein, die Ausschälung des Uterus in situ vorzunehmen, so tritt das Morcellement in Kraft. L. beschreibt dies Verfahren nunmehr ausführlich. Principiell von Wichtigkeit war, dass hier nur mit Zuhilfenahme des Gesichtssinnes operirt wird, wozu lange Ecarteure zum Auseinanderhalten der Scheidenwände unumgänglich nothwendig sind. Falsch wäre es, zu viel Gewebe auf einmal zu fassen, ebenso falsch, sich einer weiteren Stelle beim Morcellement zuzuwenden, ehe nicht die Blutstillung am andern Theile eine vollkommene ist. L. bespricht endlich die Nachbehandlung und wägt die Vortheile und Nachtheile des neuen Verfahrens gegen das allgemein übliche mit der Nath ab. Was die Gefahren der Blutung, der Nachblutung, der Sepsis betrifft, so steht das neue Verfahren keineswegs hinter dem alten zurück, leistet aber ausserdem erheblich mehr als dieses, weil mittelst der Klammer noch ein Theil des Gewebes, welcher im Körper bei der Nahtbehandlung zurückbleibt, mortificirt wird, wobei viele in Lymphspalten vorhandene Krebsnester eliminirt werden. Weiterhin ist die Sicherheit der Blutstillung und die enorme Raschheit einer Operation zu betonen. Letztere konnte Leop. Landau bei Beweglichkeit des Uterus in vier Minuten beendigen, in einem andern Fall, den eine Anzahl hervorragender Gynäkologen für inoperabel nach der Nahtmethode erklärt hatten, wurde die Exstirpation in $6^1/_2$ Minuten vollzogen. Damit ist bewiesen, dass durch das neue Verfahren unsere technischen Fähigkeiten eine bedeutsame Erweiterung erfahren haben. Deshalb glaubt L., dass im Hinblick auf die Indicationsstellung Kaltenbach's, dass jedes Carcinom, das nur technisch ausrottbar ist, radical entfernt werde, das neue Verfahren immer mehr Anhänger gewinnen wird.

Ludwig Friedländer.

Verschiedenes.

Therapeutische Notizen.

(Orexin gegen Erbrechen während der Schwangerschaft.) Bei 4 jungen Frauen, 2 Erst- und 2 Mehrgeschwängerten, die an sehr häufigem Erbrechen litten und von denen die beiden letzteren schon bei den vorausgegangenen Schwangerschaften bis zum Ende unstillbar erbrochen hatten, verordnete Frommel-Erlangen (C. f. Gyn. No. 16) Orexin, und zwar nicht das von Penzoldt empfohlene salzsaure Salz, sondern, ihres weniger unangenehmen Geschmackes halber, die Base. Der Erfolg war ein prompter: bei 2 Frauen hörte das Erbrechen nach nur 2 tägigem Gebrauch des Mittels vollkommen auf, bei den beiden anderen trat bald nach dem Beginn der Behandlung Besserung und innerhalb 14 Tagen vollständiger Nachlass des Erbrechens ein. Ein weiterer von einem Assistenten Frommel's behandelter Fall erzielte ebenfalls einen momentanen Erfolg. Die Dosirung war 0,3 pro dosi, 2—3mal täglich in Oblate oder Gelatinekapsel. — Auch die appetitanregende Wirkung des Orexin hat Frommel bei seiner Anzahl von schwer operirten Frauen bestätigt.

(Die antibacterielle Wirkung des Diaphtherin.) Die andauernd günstigen Erfolge, welche Prof. Rohrer in Zürich in seinem otiatrisch-rhinologischen Ambulatorium mit dem Oxychinaseptol (Diaphtherin) erreichte, veranlassten ihn, auch eine genauere bakteriologische Prüfung dieses Mittels zu unternehmen. Die Versuche, über welche R. im C. f. Bact. No. 17 berichtet, führten zu dem

gleichen Ergebniss, wie das von Emmerich und Kronacher in dieser Wochenschrift, 1892, No. 19 veröffentlichte. Das Oxychinaseptol entfaltet eine hervorragende entwickelungshemmende Einwirkung auf Reinculturen und Mischculturen von Eiterbacterien, sowie auf Reinculturen von Milzbrand. Die 1 proc. Lösung von Oxychinaseptol hemmt die Entwickelung von Staphylococcus pyogenes aureus bei Zusatz von 2—4 Tropfen zu 9—12 ccm Bouillon, während Mischculturen aus Ohreiter bei Zusatz von 3—4 Tropfen zu 12 ccm Bouillon gehemmt werden. Gegen Milzbrand erwiesen sich Lösungen von 1 proc. und 0,5 proc. Oxychinaseptol bei Zusatz von 1—4 Tropfen zu 12—14 ccm Bouillon als wirksam zur Hemmung der Entwickelung.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 2. Mai. Die preussischen Aerztekammern haben sich, wie bekannt, auf die Anfrage des Ministeriums, ob es wünschenswerth sei, dass die dem Vorstande der Kammer ertheilte Disciplinarbefugniss, welche sich auf dauernde und theilweise Entziehung des Wahlrechts und der Wählbarkeit beschränkt, erweitert werde und für die Mitglieder des ärztlichen Standes ähnliche ehrengerichtliche Institutionen eingeführt würden, wie solche für die Rechtsanwälte bestehen, sämmtlich dahin ausgesprochen, dass eine Erweiterung jener Befugniss wünschenswerth sei. Sie haben jedoch in diese Erklärung ausser anderen vor Allem die Bedingung geknüpft, dass auch die Amts- und Militärärzte in der einen oder anderen Form der Disciplinarbefugniss der Kammern unterliegen sollen. Diese Bedingung wird nun in einem Ministerialerlass vom 10. April als unannehmbar bezeichnet, und es wird der weiteren Erwägung der Aerztekammern anheimgestellt, ob sie unter diesen Umständen auf eine weitere Entwicklung der Disciplinarbefugniss glauben verzichten zu müssen, oder ob sie diese Weiterentwicklung auch ohne eine Abänderung der fraglichen Bestimmung, welche die Amts- und Militär-Aerzte der Disciplinargewalt der Aerztekammern entzieht, für erspriesslich erachten. Der Minister, Dr. Bosse, fügt bei, dass er nur mit Bedauern auf eine Einrichtung verzichten würde, die seiner Ansicht nach sowohl im Interesse des ärztlichen Standes als der Medicinal-Verwaltung gelegen sei.

— Von der Deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege in Berlin wurden in ihrer letzten Sitzung am 24. April folgende Thesen zum Reichsseuchengesetz angenommen: 1) Die Einführung der reichsgesetzlichen Leichenschau in allen Landestheilen ist zur Feststellung der ersten Seuchenfälle dringend nothwendig. 2) Die Desinfection der Wohnungen und Effecten ist überall auf Kosten der Ortsgemeinden oder grösseren Verbände auszuführen. 3) Maassnahmen der Sanitätsbeamten sind nur in dringenden Fällen ohne Vereinbarung mit dem behandelnden Arzte zu treffen. 4) Für Beschaffung guten Trinkwassers sind Tiefbrunnen in Orten ohne Wasserleitung anzulegen. Ausserdem wurden folgende Resolutionen genehmigt: 1) Zur erfolgreichen Durchführung des Reichsseuchengesetzes ist es nothwendig, dass die beamteten Aerzte durch gesetzlich geregeltes pensionsfähiges Gehalt von der ärztlichen Praxis unabhängig und ihre Rechte und Pflichten den Anforderungen der öffentlichen Gesundheitspflege entsprechend erweitert werden. 2) Die Grundforderungen der Gesundheitspflege müssen ein Lehrgegenstand in Schulen und Fortbildungsschulen sein. 3) Organisation der Krankenpflege in Stadt- und Landgemeinden in Anlehnung an § 23 des ersten Entwurfs und § 21 der Gesetzesvorlage. L. F.

— Die Einführung der freien Arztwahl in Berlin hat einen weiteren Fortschritt zu verzeichnen, indem die Generalversammlung der Ortskrankenkasse für den Gewerbebetrieb der Kaufleute, Handelsleute und Apotheker (28315 Mitglieder) beschlossen hat, vom 1. Januar 1894 an die freie Arztwahl einzuführen.

— Cholera-Nachrichten. Die im Kreis und in der Stadt Lorient bisher bekannt gewordenen Choleraerkrankungen und Choleratodesfälle erreichen ein tägliches Mittel von 20 bezw. 8—10; am 12. April hatte der Kreis 18 Erkr. (6 Todesf.), die Stadt 1 Erkr.

Aus Kudrynce (Galicien) und seiner Nachbarschaft liegen für die Zeit vom 12.—19. April folgende Cholerameldungen vor: Kudrynce 6 Erkr. (5 Todesf.), Slobudka turylecka 3 (1), Nowosiolska 1 (1), Zawale 1 (0), zusammen 11 (7). Sämmtliche Ortschaften, aus welchen bisher Cholerafälle zur Anzeige kamen, liegen an den Ufern des Zbrucz.

Im russischen Gouv. Tambow ereigneten sich vom 13.—27. März 31 Erkr., 18 Todesf.; im Gouv. Orel und in der gleichnamigen Stadt vom 27. März bis 3. April 33 bezw. 6 Erkr. und 19 bezw. 3 Todesf.

In den persischen Städten Sakkis und Tebriz wurden vom 26. März bis 10. April 12 bezw. 10 Choleratodesfälle festgestellt. P.

— Influenza. Eine ansehnliche Steigerung hat die Sterblichkeit an Influenza in Paris erfahren, wo 56 Personen gegen 20 in der Vorwoche der Seuche erlagen. Daneben wurden 462 Todesfälle an acuten Erkrankungen der Athmungsorgane gegen 334 gemeldet. In London kamen 47 Todesfälle an Influenza gegen 49 in der Vorwoche zur Anzeige, doch war dort die Zahl der Todesfälle an acuten Erkrankungen der Athmungsorgane mit 309 gegen 271 nicht unwesentlich erhöht. Günstiger verhielt es sich mit New-York, wo bei 14 Todesfällen an Influenza gegen 16 in der Vorwoche auch nur 365 Todesfälle an acuten Erkrankungen der Athmungsorgane gegen 369 vorkamen. (V. d. k. G.-A.)

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 15. Jahreswoche, vom 9.—15. April 1893, die grösste Sterblichkeit Elbing mit 38,4, die geringste Sterblichkeit München-Gladbach mit 14,9 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen verstarb an Diphtherie und Croup in Bielefeld, Duisburg, Chemnitz, Elbing, Münster, Rostock, Stuttgart.

— Vom 17.—19. Mai findet in Erfurt die 25. Generalversammlung und zugleich 25jährige Stiftungsfeier des Allgemeinen ärztlichen Vereines von Thüringen statt. Vorträge halten Geh. Rath Pfeiffer-Weimar über Carcinom-Parasitismus, und Geh. Rath Schultze-Jena über Carcinom der Gebärmutter.

— Die Vorbereitungen für die Verhandlungen der Abtheilung für Innere Medicin auf der 65. Naturforscher-Versammlung in Nürnberg haben die Herren Med.-Rath Dr. G. Merkel und Hofrath Dr. Stepp übernommen. Es wird gebeten, Vorträge und Demonstrationen frühzeitig bei denselben anzumelden.

— Die 18. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege findet vom 25.—28. Mai zu Würzburg statt. Bezüglich des Programms verweisen wir auf frühere Veröffentlichungen.

— In Tokio wurden im vergangenen Jahre bei einer Bevölkerung von über einer Million 16494 Leichen durch Feuer bestattet.

(Universitäts-Nachrichten.) **Berlin**. Dr. August Lucae Professor der Ohrenheilkunde, wurde zum Geh. Medicinalrath ernannt. — **Tübingen**. Zum Rector für das Studienjahr 1893/94 wurde Professor Henke gewählt.

Wien. Prof. Erb hat den Ruf an die II. medic. Klinik der Wiener Universität abgelehnt. Ebenso hat Prof. Wernicke die Berufung auf den verwaisten Lehrstuhl Meynert's abgelehnt.

(Todesfall.) Zu Wien starb am 25. April der Professor der pathologischen Anatomie Dr. Hanns Kundrat im 48. Lebensjahr. Der Verstorbene war ein Schüler Rokitansky's und bekleidete die Professur seit dem Tode Heschl's im J. 1882.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassungen. Dr. Max v. Riedl, appr. 1890, Specialarzt für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Dr. Friedr. Wilh. Heydenreich, appr. 1874, Stabsarzt a. D., Specialarzt für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, beide zu München; Dr. Theodor Kraussold, appr. 1891, zu Schweinfurt; Dr. Gustav Fiddicke (aus Gusow, Reg.-Bez. Frankfurt a./O.), appr. 1893, zu Sulzbach a./M., Bez.-Amts Obernburg; Dr. Jos. Adolph zu Passau; Dr. Sally Kaufmann zu Dürkheim.

Abschied bewilligt. Dem Assistenzarzt I. Cl. Dr. Mankiewitz des 5. Chev.-Reg. das erbetene Ausscheiden aus dem Heere zum 3. Mai d. Js. behufs Uebertritts in die Kaiserliche Schutztruppe für Deutsch-Ostafrika gestattet.

Versetzt. Der Assistenzarzt II. Cl. der Reserve Dr. Franz Ritter und Edler v. Pessl (Dillingen) in den Friedensstand des 5. Chev.-Reg.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 16. Jahreswoche vom 16. bis 22. April 1893.

Betheil. Aerzte 355. — Brechdurchfall 20 (15*), Diphtherie, Croup 41 (30), Erysipelas 18 (10), Intermittens, Neuralgia interm. 6 (4), Kindbettfieber 2 (8), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 6 (2), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 7 (6), Parotitis epidemica 31 (22), Pneumonia crouposa 31 (32), Pyaemie, Septicaemie 1 (1), Rheumatismus art. ac. 45 (40), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 27 (15), Tussis convulsiva 8 (6), Typhus abdominalis 2 (1), Varicellen 11 (16), Variola — (—). Summa 256 (208). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 16. Jahreswoche vom 16. bis 22. April 1893.

Bevölkerungszahl 380,000.

Todesursachen: Pocken — (—*), Masern — (—), Scharlach 2 (1), Rothlauf 1 (—), Diphtherie und Croup 3 (2), Keuchhusten — (—), Unterleibstyphus — (1), Brechdurchfall 2 (4), Ruhr — (—), Kindbettfieber — (—), Croupöse Lungenentzündung 8 (8), Genickkrampf — (—), Blutvergiftung 1 (—), Acut. Gelenkrheumatismus 1 (—), andere übertragbare Krankheiten 2 (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 206 (192), der Tagesdurchschnitt 29.4 (27.4). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 28.2 (26.3), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 19.6 (18.2), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 18.7 (17.4).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.